

Libris Venstra Amstelveen

Tim Nieuwwater

# Morgen ben ik dokter

101 anekdotes over coschappen



Tim Nieuwwater

# Morgen ben ik dokter

*101 anekdotes over de coschappen*

Venstra Uitgevers  
Amstelveen

November 2012

Copyright © Tim Nieuwwater 2012  
Fotografie Nico Schipper

ISBN 978 94 6193 510 6

[www.venstra.nl](http://www.venstra.nl)

*Voor familie en vrienden, want dokter worden doe je niet alleen.*

# INHOUD

<b>VOORWOORD</b>	<b>7</b>
<b>INTERNE GENEESKUNDE</b>	<b>11</b>
<b>HEELKUNDE</b>	<b>31</b>
<b>PSYCHIATRIE</b>	<b>59</b>
<b>NEUROLOGIE</b>	<b>69</b>
<b>GYNAECOLOGIE &amp; VERLOSKUNDE</b>	<b>79</b>
<b>KINDERGENEESKUNDE</b>	<b>91</b>
<b>HUISARTSGENEESKUNDE</b>	<b>103</b>
<b>BEDRIJFSGENEESKUNDE</b>	<b>121</b>
<b>OUDSTE COSCHAP (LONGZIEKTEN)</b>	<b>127</b>
<b>NAWOORD</b>	<b>153</b>



# Voorwoord

Sommigen weten al hun hele leven dat ze dokter willen worden. Anderen maken op een later moment in hun leven die keuze. Alle studenten die aan geneeskunde beginnen wacht een lang leertraject. Want één ding is zeker: je bent niet geboren als arts, daar zul je voor moeten studeren. De coschappen zijn de laatste fase van de studie. Daarin maakt een student de overstap van theoretische kennis naar praktisch toepasbare kunde. Een enkeling moet nog een scriptie afronden, maar meestal is een student na het afsluiten van de coschappen (eindelijk) arts.

Na vele jaren studeren mocht ik eindelijk het ziekenhuis in. In een klein zwart boekje dat ik in mijn witte jas had zitten, schreef ik in steekwoorden op wat ik tijdens mijn coschappen meemaakte. Op die manier kreeg ik goed zicht op de ontwikkeling van mijn praktische vaardigheden, zoals het prikken van een infuus of het afnemen van bloed. Als het me lukte om een infuus te prikken, zette ik een vrolijke smiley in mijn boekje en als het niet lukte, een verdrietige.

Naast praktische vaardigheden schreef ik ook van alles op over wat ik zag en dacht. Niet alleen over medisch-inhoudelijke dingen, maar ik schreef vooral over de cultuur in het ziekenhuis. Over zaken die onopvallend voorbijgaan als je al lang in die omgeving werkt, maar die vreemd kunnen overkomen op een nieuweling. Als dokter in opleiding kon ik mezelf gemakkelijk met zowel de patiënten als de artsen en het personeel identificeren.

In een opleidings situatie is er niet altijd de mogelijkheid om je gedachten en twijfels te bespreken. Het schrijven van deze stukjes was dan ook een uitlaatklep. Tijdens mijn coschappen ben ik gaan schrijven op een blog (een online logboek). Naarmate er meer stukjes kwamen, zijn er steeds meer mensen mee gaan lezen. Natuurlijk familie en vrienden, maar later ook vrienden van vrienden en collega's. Ik kreeg veel positieve reacties. Blijkbaar is het interessant om een kijkje te mogen nemen in de beleefwereld van een jonge dokter. De anekdotes komen rechtstreeks uit

de praktijk en omdat de verhalen over echte gebeurtenissen en echte mensen gaan, wil ik graag de privacy van de patiënten waarborgen. Alle gegevens zijn anoniem en in principe niet herleidbaar tot de persoon. Mocht u mensen herkennen in de beschreven casus, respecteert u alstublieft hun privacy.

Net als in de werkelijkheid hebben niet alle verhalen een *happy end*. Dit boekje leest dan ook iets anders dan de meeste (geromantiseerde) verhalen over de coschappen en het ziekenhuis. Het is goed om te realiseren dat mijn anekdotes niet gegeneraliseerd kunnen worden. De (kritische) gedachten en opvattingen zijn van mij, niet van de beroepsgroep in zijn geheel. In een aantal stukjes staat een verwijzing naar literatuur of naar interessante websites. Deze verwijzingen gebruik ik om eventuele genoemde getallen te staven of een toelichting te geven bij lastige medische termen. Deze voetnoten staan onder aan de pagina uitgewerkt.

Ik wens u veel plezier bij het lezen van dit boekje. Misschien dat u volgende keer als u in het ziekenhuis bent met andere ogen naar de coassistent kijkt.

*Tim Nieuwwater, november 2012*







# **Interne geneeskunde**

*Maandag 8 augustus t/m vrijdag 30 september 2011*

## Een witte jas maakt nog geen arts

Artsen dragen een witte jas, ongeacht het stadium van hun opleiding. Deze jas is een symbool van puurheid, expertise en is wereldwijd onlosmakelijk verbonden aan de medische professie. Een coassistent mag zich pas arts noemen nadat hij de artseneed heeft afgelegd. Daarin belooft de arts in spe dat hij naar eer en geweten zal handelen en het beste met zijn patiënten voor zal hebben. Tot die tijd moet een coassistent het doen met een witte jas.

De uiterlijke verschillen tussen een arts en een coassistent zijn soms zo subtiel als de aanwezigheid van een sein (de welbekende 'pieper') of de hoeveelheid zakkaartjes en zakboekjes. Voor een getraind oog zijn deze verschillen zichtbaar, maar het grootste deel van de bezoekers merkt deze verschillen niet op.

Tijdens mijn eerste grote visite op afdeling 149, algemene interne, loop ik in mijn witte jas mee in de colonne. Ik val niet op tussen de specialist, twee arts-assistenten en de twee verpleegkundigen die de ronde doen langs de opgenomen patiënten. Ik voel me een echte dokter.

De specialist vraagt mij om een voorstel te doen voor therapie. Dat is het meest spannende moment van de hele visite. Ik geef het correcte antwoord, dat weet ik zeker. De specialist kijkt vervolgens vragend naar de arts-assistent.

'Wat denk jij daarvan?'

'Een goed voorstel, maar niet bij deze patiënt met nierinsufficiëntie.'

Het duizelt in mijn hoofd. Hoe kon ik dat toch vergeten? We hadden het er net nog over bij de voorbespreking. Toen maakte ik een slimme opmerking over de bloedsuitslagen die betrekking hadden op die nierfunctie. Ik overzie de hoeveelheid variabelen nog niet.

Het grote verschil tussen een arts en een bijna-arts zit hem niet in de jas of de accessoires. Dat zit inwendig. In zelfvertrouwen, kennis en kunde. Ik ben mijn witte jas nog niet waard. Ik moet hem nog verdienen. Ik zal hem verdienen.

Dát belooft ik.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Dit zijn de laatste woorden van de Nederlandse Artseneed. Elke student geneeskunde spreekt deze woorden uit voordat hij of zij officieel tot arts benoemd wordt. <http://www.vsnu.nl/Media-item/Nederlandse-artseneed.htm>.

## **Al lerend doet men**

Eén van de belangrijkste taken van een beginnende coassistent is het verrichten van hand- en spandiensten. Buisjes bloed prikken, infusen zetten en allerlei formulieren brengen en halen. Sommige coassistenten vinden dat niet leuk. Voor hen voelt het alsof ze alleen de rotklusjes mogen opknappen.

Zo denk ik er niet over. Ik zie mezelf als een klein radertje in de grote machine. Het is dankbaar werk, want de arts-assistent kan op die manier de overige klussen afmaken, zoals de (oneindige) statusvoering, controle van medicatie en wetenschappelijk onderzoek. Bovendien hebben ze meer tijd om zaken aan mij uit te leggen. Ik zie symbiose, geen uitbuiting. Waar ik alleen van baal, is dat ik nog niet zo goed ben in die kleine klusjes. Ik moet vaak twee keer prikken voordat dat infuus op zijn plek zit, en dan sneuvelt hij de dag erna weer. Ook met buisjes bloed afnemen ben ik vaak langer bezig dan de arts-assistenten. Niet omdat ik buitengewoon onhandig ben, maar omdat het een vaardigheid is waar je ervaring in op moet doen. De patiënten op afdeling 149 zijn slachtoffer van mijn leerproces. Gelukkig zijn ze geduldig en begripvol waardoor ik elke dag een beetje kan leren.

Vandaag mag ik voor het eerst een 'Åstrup' prikken. Dat is een (vaak pijnlijke) prik in de polsslagader om de concentraties van onder andere zuurstof in het bloed te bepalen. De assistent heeft het me uitgelegd en ik heb een keer droog geoefend. Nu ga ik onder supervisie van de assistent die kortademige meneer op kamer 14 prikken.

Ik zet de naald onder een hoek van 45 graden op de huid, netjes op de plek waar hij moet zijn. Met een vloeiende beweging schuif ik de naald het vat in. Vol trots kijk ik naar het buisje dat zich binnen enkele seconden vult met bloed. Terwijl we op de gang lopen zegt de assistent: 'goed gedaan, je hebt talent voor dat prikken!'

Ze zeggen wel eens: al doende leert men. Soms voelt het andersom.

## Lang leve het EPD

De schrijfvaardigheid van artsen is niet altijd om over naar huis te schrijven. Het komt regelmatig voor dat het gekriebel in de status *echt niet* te lezen is. Soms helpt het om met geknepen ogen naar de tekst te kijken. Als je er echt niet uitkomt, loop je naar de secretaresse van de afdeling. Zij kan er, door vele jaren ervaring, meestal nog wel iets van maken. 'Soms moet je maar een beetje gokken wat er staat', vertelde een mede-co.

Voorstanders van het Elektronisch Patiëntendossier (EPD)<sup>2</sup> bejubelen de leesbaarheid van de dossiers en de afname van beleidsfouten die daarmee samenhangt. Ik wil het vandaag niet hebben over de potentiële schending van uw privacy, de enorme kosten en de onbetrouwbaarheid van ICT. Ik wil het hebben over het grootste nadeel van het EPD: de typevaardigheid van de artsen.

Artsen hebben in hun leven een hoop diploma's en certificaten behaald, maar een typediploma ontbreekt vaak. En dus zie ik op de polikliniek zeer kundige artsen gebukt gaan onder het juk van het EPD. Met de bril op de neus zoeken zij naar de juiste toetsen op het toetsenbord. Zodra de juiste toets gevonden is, wordt deze triomfantelijk aangeslagen met de wijsvinger van de dominante hand, waarna het proces zich herhaalt. Als er na enige minuten een summier stukje tekst in het systeem is geklopt, wordt snel het vinkje 'geaccordeerd' aangeklikt, want het invoeren heeft al zoveel tijd gekost. De ingevoerde tekst wordt nauwelijks nagelezen.

Als gevolg hiervan worden er taal- en schrijffouten gemaakt die op papier nooit gemaakt zouden worden. Ik vond het volgende stukje tekst in de statusvoering van een gerespecteerd arts over een nagenoeg gezonde jonge en vooral slanke vrouw:

*Vitale parameters:*

*bloeddruk: 120 / 70 mmHg, pols: 73 slagen per minuut.*

*lengte: 175 cm, gewicht: 701 kg, BMI: 229 kg/m<sup>2</sup>.*

Dit stukje tekst is het resultaat van vijf invoervelden in het EPD. De rest van de opmaak en tekst, inclusief het BMI, wordt gegenereerd door het systeem. Vindt u ook niet dat het EPD de leesbaarheid, en daarmee de betrouwbaarheid van de data ten goede komt?

---

<sup>2</sup> Informatie over het Elektronische Patiëntendossier (EPD) is te vinden op: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/elektronisch-patientendossier>.

## Familiegesprek

Inmiddels mag ik ook nieuwe patiënten opnemen. In de loop van de middag komt er een 45-jarige man. Hij is niet vreselijk ziek, maar als de man één dag opgenomen wordt, kan met spoed aanvullende diagnostiek verricht worden waar hij anders weken op zou moeten wachten.

Ik zie een sportieve en vriendelijke man. Terwijl hij me vertelt dat hij al maanden 'niet lekker is' en zijn sport – basketbal op hoog niveau – al een tijdje niet heeft kunnen doen, maakt hij nog een grapje. Ik doe volledig lichamelijk onderzoek: ik luister naar het hart en de longen en ik onderzoek de buik. Ik kan er niets van maken. Ook de assistent die meekijkt kan geen sluitende diagnose stellen. De geplande aanvullende diagnostiek wordt ingezet. Wachten tot morgen dan maar.

Vrijdagmorgen loop ik eerst naar de computer om de uitslag van de scan te bekijken. Mijn ogen skimmen de tekst, op zoek naar de conclusie. En dan wordt alles stil in mijn hoofd. De assistent die binnenkomt ziet het aan mijn gezicht.

'Ik wil jou erbij hebben bij het familiegesprek vanmiddag.'

Het gesprek verloopt emotioneel. De vrouw van de patiënt barst in huilen uit bij de woorden "uitgezaaide ziekte". De man, een echte Noord-Hollander, hoort het zwijgzaam aan. Ikzelf heb de grootste moeite om niet ook in huilen uit te barsten. Dit doet zo'n ongelofelijke pijn. Een man van 45 jaar die te horen krijgt dat hij zijn drie dochters niet volwassen zal zien worden. En dit maakt de coschappen zoveel intenser en zwaarder dan die communicatiepractica op de universiteit. De emotionele verbondenheid met je patiënt is niet te simuleren. Ik heb het hele weekend me rot gevoeld, maar ik vind het heel bijzonder dat ik hierbij mocht zijn.

## Punten scoren

Beoordelen is inherent aan onderwijs. Beoordelen klinkt alleen zo formeel, dus heet het tegenwoordig feedback. Eigenlijk wil de universiteit gewoon dat een arts zo af en toe kijkt of je naar behoren functioneert en tips geeft over hoe het beter zou kunnen. Min of meer het oude meester-gezel model, maar dan in onderwijskundige termen. Om de feedback te structureren is een heus feedback-boekje ontwikkeld. Een arts kan mij beoordelen aan de hand van een formulier met 12 (!) items. Alle denkbare onderwerpen komen aan bod en achter elk onderwerp staan de cijfers 4, 5, 6, 7, 8, 9 en 10. Om het gemakkelijk te maken is de 7 alvast vet gedrukt. Voor in het boekje staat dat een student in principe een 7 krijgt, tenzij er goede redenen zijn om daar vanaf te wijken. Blijkbaar ben je competent tot het tegendeel bewezen is. Sterker nog, als je beter of slechter presteert dan verwacht wordt, moet de beoordelaar er meer werk van maken. Al dat extra werk nodigt niet echt uit om kritisch te beoordelen.

Na een middag polikliniek toverde ik mijn feedback-boekje tevoorschijn. De arts slaakte een zucht. 'Hoe kan ik na een middag hard werken nou beoordelen hoe goed je het hebt gedaan? Ik heb je pas net ontmoet en moet nu al een oordeel geven. Nou, weet je wat, kom maar hier met dat boekje.'

Vol spanning kijk ik naar het formulier, in afwachting van scherpe leerpunten of kritische feedback. Voor mijn ogen voltrekt zich het bekende ritueel. Alle achten worden omcirkeld en in het vakje voor de toelichting kriebelt hij snel wat op.

'Ik heb je een 8 gegeven, omdat je zo'n enthousiaste co bent.'

Ik mag niet klagen over een goed cijfer, maar soms vraag ik me wel eens af wat de waarde ervan is.



## Inkaderen

Ik houd van puzzelen. Eerst alle stukjes uit de doos op tafel en met de gekleurde kant naar boven leggen. Vervolgens alle randstukjes aan elkaar passen om een kader te maken waarin de overige stukjes moeten komen te liggen. Daarna is het een kwestie van tijd. Elke puzzel is op te lossen, mits je een kader hebt en de stukjes aanwezig zijn. In zekere zin denk ik dat geneeskunde niet veel anders is dan dat. Elke casus is een puzzel die jij mag oplossen. Als je de puzzel oplost, voelt dat heel bevredigend, want je hebt een probleem doorgrond en je hebt iemand van een klacht af kunnen helpen.

Op de spoedeisende hulp (SEH) is het vaak anders. Daar heb je niet de tijd om de hele puzzel op te lossen. Je mag wel het kader leggen, maar het invullen van de details doen ze op de afdeling. Ik vind dat bijzonder frustrerend, want ik kan voor mijn gevoel mijn werk niet afmaken.

Een enkele keer kun je wel een (bijzondere) diagnose stellen op de SEH. Dat voelt denk ik hetzelfde als een doelpunt scoren op een WK. Nou ja, voor mij voelde het als toeschouwer zijn op de voorste rij terwijl de assistent het doelpunt maakt, want het was niet mijn idee dat de diagnose aan het licht bracht.

Er kwam een man binnen van middelbare leeftijd met onbegrepen misselijkheid, diarree en cognitieve achteruitgang. Dat is bij uitstek iets voor de interne. Ik heb de patiënt gezien, onderzocht en ik heb alles in de computer gezet met een voorstel voor verder onderzoek. De assistent wilde voor de zekerheid het bloed laten controleren op hepatitis en HIV. Ik probeerde het nog te betwisten: 'Dat is toch niet waarschijnlijk bij deze man?' Maar de assistent hield vol en ik zette het kruisje op het formulier. Nog geen uur later hebben we de uitslag van de sneltest. HIV positief. Op dat moment voelde ik me net Dr. Watson naast Sherlock Holmes.

'Hoe wist je dat nou?'

'Dat wist ik niet, ik had een vermoeden. Soms moet je buiten je kaders denken.'

Ik heb nog nooit puzzels opgelost buiten hun kaders. Misschien is geneeskunde toch complexer dan een legpuzzel.

## **Weekenddienst**

'Tot morgen' zei ik gisteren tegen een paar collega's en ze keken me vreemd aan. Gisteravond ging ik eerder dan gebruikelijk weg bij vrienden en lag op tijd in mijn bed. De wekker ging vanochtend ook eerder dan normaal. Werken in het weekend is niet zomaar een extra dagje naar je werk. Je levert een avond van je sociale leven in, een dag om leuke of belangrijke dingen te doen en je hebt minder tijd om bij te komen van een drukke week. Eigenlijk is dat het probleem niet. Het probleem is dat *de rest* van de wereld wel vrij lijkt te hebben op een dag als vandaag. Iedereen verwacht dat ook van je.

'Ga je nog wat leuks doen van het weekend?', vroegen mijn vrienden gisteren. Ik wilde niet de zuurpruim zijn door te zeggen: 'Nee, ik heb weekenddienst.' Mensen worden dan onnodig medelevend. Zo vreselijk is het allemaal ook weer niet. Toch ging ik vanmorgen met een lang gezicht naar mijn werk. Ik had ook wel een dagje vrij willen zijn.

Als ik de portier begroet, zijn de gangen van het ziekenhuis nog leeg. De gebruikelijke drukte voor de kleding uitgifte automaat heeft plaatsgemaakt voor een serene rust. Ik loop de spoedeisende hulp op en vergeet onmiddellijk dat ik ook wel een dagje vrij had willen zijn. Er liggen al twee mensen die vanochtend vroeg zijn binnengekomen en aandacht behoeven. Samen met de arts-assistent werk ik de SEH leeg, loop visite op alle afdelingen en ga langs de patiënten bij wie we in consult zijn gevraagd door andere specialismen. Als ik om 17:30 klaar ben, bedankt de arts-assistent me voor vandaag. Ik heb nog geen dag gehad waarbij ik zoveel patiënten op een dag heb gezien en waarbij ik zoveel zelf mocht doen. Topdag!

Als mensen maandag vragen of ik nog wat leuks heb gedaan dit weekend antwoord ik met: 'Ja, ik heb dienst gehad.'

## **Ik neem hem niet mee naar huis!**

Ik word gevraagd om met de echtgenote van een hoogbejaarde patiënt op kamer 18 te praten. Mevrouw (ook hoogbejaard) wil haar partner niet mee naar huis nemen. Meneer is medisch gezien uit de gevarenzone en kan dus naar huis, want in het ziekenhuis word je paradoxaal genoeg vaak alleen maar zieker. Maar gezond is hij zeker niet. Al jaren kampt hij met problemen aan zijn benen, waardoor hij bijna invalide is. Zijn vrouw tilt hem al jaren van het bed naar de stoel en van de stoel naar het toilet. Dat is overigens een topprestatie, want in het ziekenhuis is twee man verpleging nodig om hem te verplaatsen. Enfin, hij is dus erg afhankelijk van haar zorg. En dat is ze dus zat. Ze heeft er schoon genoeg van om voor hem te zorgen. Meneer is lui, werkt nooit mee en neemt alles maar voor lief. Zij is zwak, uitgeput en niet meer in staat om voor hem te zorgen. Althans, dat zijn haar woorden. Gelukkig had ik dit argument verwacht en een tegenargument bedacht. Met intensieve thuiszorg (vijf keer per dag, en extra zo nodig) zou meneer toch nog naar huis kunnen. Ik dacht dat deze oplossing een verademing voor haar zou zijn, want dan had ze toch haar man weer in huis en hoefde ze niet meer zo lang te reizen om haar man te zien. Ik had het mis.

'Ik neem hem niet mee naar huis!', zegt mevrouw furieus. Van de komende 15 minuten discussie kan ik alleen maar toeschouwer zijn. Dit is niets anders dan een echtelijke ruzie, waarin jarenlange opgekropte gevoelens nu als argumenten gebruikt worden. Uiteindelijk zit mevrouw met haar armen over elkaar en komt de stoom uit haar oren, terwijl meneer met tranen op zijn wangen er maar afwezig bij ligt. Dit gesprek pakt toch iets anders uit dan ik had verwacht.

'Ik neem hem niet mee naar huis, en als hij toch komt stuur ik hem met de taxi terug naar het ziekenhuis.' Ze loopt de kamer uit, en ik loop achter haar aan. Op de gang spreek ik haar aan.

'U kunt uw man toch niet als een hond aan een boom binden en vervolgens vertrekken?'

'Jawel, dat kan ik wel en dat doe ik ook. Regel maar een revalidatieplek voor hem en vanaf daar zoeken we het wel verder uit.'

Meneer blijft dus nog even op de afdeling. Over vier dagen hebben we een plekje voor hem in een revalidatiecentrum. Ik hoop dat meneer daarna alsnog thuis mag komen.

## Terugkomdag

Vandaag ben ik even geen dokter. Ik ben vandaag weer even student en het voelt heerlijk. Lekker uitslapen (inmiddels vind ik 7:30 uitslapen) en in vrijetijdskleren (eigenlijk is het enige verschil dat ik andere schoenen aantrek) naar de universiteit. Daar kun je weer eens lekker bijpraten met je medestudenten – ook over niet-studiegerelateerde dingen. Alleen de koffie is niet gratis (en niet te drinken), maar dat is al sinds het begin van de studie een veelgehoorde klacht.

We beginnen om 9:00 met een college over patiëntveiligheid. Een belangrijk onderwerp, maar de spreker is erg onzeker en komt niet uit de verf. Na 45 slopende minuten ben ik blij dat deze lijdensweg (voor mij en de spreker) over is. Helaas heb ik er niets van opgestoken, want met de besproken onderwerpen was ik al bekend.

Het volgende college gaat over sepsis.<sup>3</sup> En dan met name over het beleid wat gevoerd moet worden. De docent is een wervelwind van enthousiasme en kennis. Elk antwoord dat wij geven op zijn vragen beantwoordt hij met nog een vraag. En dan nog een. Net zo lang tot we op een punt komen waar we het niet meer weten. De docent legt uitvoerig uit hoe het ook alweer zat met de transcriptie van DNA en over de nuances van het anion gap.<sup>4</sup> Na 2 keer 45 minuten ben ik blij dat ik weer op adem kan komen.

Tijd voor een uitgebreide lunch. Lekker bijpraten over de dingen des levens, klagen over de diensten en bijzondere casuïstiek doornemen. We zijn allemaal enthousiast over het leren en werken in de praktijk.

's Middags hebben we onderwijs over medicatie. Welk medicijn geef je ook alweer bij welke ziekte, wat zijn de overwegingen en welke bijwerkingen had het ook alweer? Iedereen heeft een casus meegenomen uit de praktijk. Aan de hand van de ingebrachte casus wordt het een en ander besproken. Qua keuze van medicatie zijn we vrij aardig op de goede weg, maar bij de vraag op welke receptor medicijn X ook alweer aangreep, blijft het stil in de groep. De docent zucht, zegt dat we dit toch echt hadden moeten weten en legt het nog eens uit. Sommigen maken geen aantekeningen meer. Zij

---

<sup>3</sup> Sepsis is een levensbedreigend ziektebeeld waarbij door het hele lijf een ontstekingsreactie plaats vindt (bijvoorbeeld doordat er bacteriën in de bloedbaan terecht zijn gekomen).

<sup>4</sup> Het anion-gap is een (complexe) methode om te berekenen in welke mate verzuring van het bloed veroorzaakt wordt door bijvoorbeeld een sepsis of een vergiftiging.

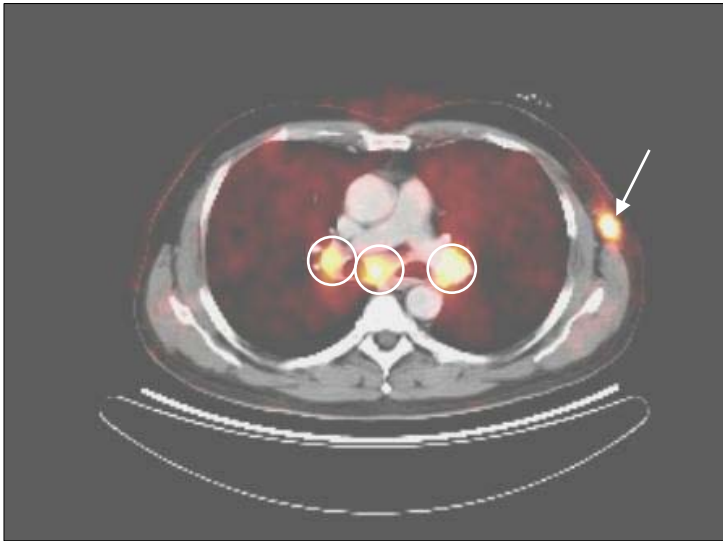
weten dat het een illusie is dat het deze keer wel blijft hangen. Ik schrijf driftig mee, vastbesloten om het ditmaal echt te gaan onthouden.

Terwijl ik in de trein naar huis zit, kijk ik terug op mijn dag. De secundaire omstandigheden waren prima, maar de inhoud was eigenlijk teleurstellend. Ik geniet van de theoretische details, maar ik heb maar weinig tips gekregen voor de kliniek. Ik ben blij dat ik morgen weer in het ziekenhuis ben, want daar leer ik concrete zaken waar ik patiënten beter mee kan maken.

## Witte vlekjes

De oncologiebespreking tussen de middag is altijd prettig om bij te wonen. Niet in de minste plaats omdat er lekkere broodjes zijn en ik even rustig kan zitten en luisteren naar de voordracht van anderen, want zelf heb ik er geen actieve rol in. De inhoud van de overleggen zijn natuurlijk minder vrolijk, maar zeker niet minder interessant. Uitzaaingen zijn eerder regel dan uitzondering. Alle beelden van de radiologie worden kritisch beoordeeld en er wordt voor elke patiënt afgewogen wat de juiste koers is.

De derde casus van vandaag. Ook deze man heeft uitgezaaide kanker. Longkanker. Op het scherm worden beelden van een PET-scan<sup>5</sup> laten zien. Zoals te zien is in afbeelding 1 is het een infauste casus, waarbij er op meerdere plekken uitzaaiingen te zien zijn.

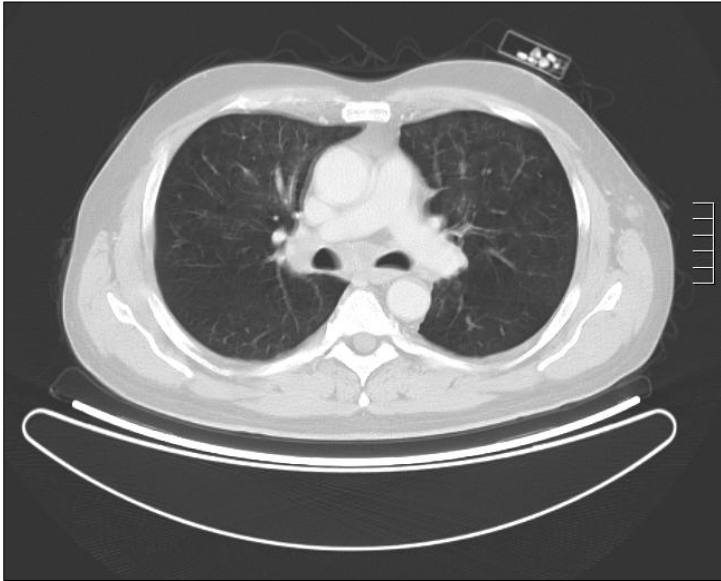


**Afbeelding 1:** PET-scan van een patiënt met uitgezaaide longkanker. In de cirkels is actief weefsel (uitzaaiingen) zichtbaar. De pijl wijst een uitzaaiing in de rib aan. Deze foto toont een dwarsdoorsnede net boven het hart. De onderkant op de foto is de rugzijde van de patiënt.

---

<sup>5</sup> Een PET-scan (positron emission tomography) is een manier om actief weefsel in beeld te brengen. Het wordt onder andere gebruikt om te onderzoeken of en waar er uitzaaiingen van kanker zitten.

Een oplettende oncoloog vraagt van achter uit de zaal: 'Wat zijn die witte puntjes net buiten de thorax?' (rechtsboven op de afbeelding). De radiologie kijkt nog eens goed naar de scan. Verder inzoomen lost het raadsel niet op. De beelden van de CT-scan<sup>6</sup> (afbeelding 2) worden erbij gepakt.



**Afbeelding 2:** De CT-scan van dezelfde man, met het pakje sigaretten in de rechter borstzak.

Rechtsboven in het plaatje prijkt een pakje sigaretten. Zelden zien we op dit soort besprekingen de oorzaak en de gevolgen van een ernstige ziekte in één afbeelding.

---

<sup>6</sup> Een CT-scan (computerized tomography) is een techniek waarmee vele röntgenfoto's door de computer tot een 3D beeld of dwarsdoorsnede verwerkt worden.

## Overdracht

Kent u dat televisieprogramma *Ik weet het beter* nog? De presentator (Bert van Leeuwen) stelde een vraag, waarop meerdere antwoorden mogelijk waren. Twee kandidaten mochten tegen elkaar op bieden. Kandidaat A zei bijvoorbeeld dat hij 7 van de 10 antwoorden kon noemen. Kandidaat B mocht dat aantal overbieden. Daar zit een psychologische component in. Weet kandidaat B inderdaad meer antwoorden te noemen dan kandidaat A, of doet hij een poging om kandidaat A zo ver te krijgen dat hij hem weer overbiedt en 9 antwoorden moet noemen? Uiteindelijk moest de kandidaat met de meeste antwoorden daad bij woord voegen en het genoemde aantal ook daadwerkelijk noemen, anders gingen de punten naar de tegenstander. Zo voelt een overdracht of grote visite bij de interne geneeskunde soms ook. De ene arts weet nog meer wetenschappelijke onderzoeken te quoten dan de ander. Gezien de tijdsdruk tijdens zo'n bijeenkomst worden dit soort uitlatingen nooit gecontroleerd. Het schouwspel is een stuk minder interessant om naar te kijken dan het televisieprogramma dat ik eerder noemde. Het lijkt soms alsof de artsen elkaar proberen af te troeven met wetenschappelijke details, maar er is geen ontknoping over wie er nou eigenlijk gelijk heeft. Wie bluft zich er doorheen en wie weet echt van de hoed en de rand?

Als coassistent sta je er nog ver genoeg van de ziekenhuisgebruiken af om je te verbazen over dit soort dingen. Gelukkig was ik niet de eerste die me over dit gebruik verbaasde. Er is door een onderzoeksgroep van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam) een klein onderzoekje aan gewijd.<sup>7</sup> Gewaagde uitspraken van artsen over zeldzame ziekten of bijzondere presentaties van algemene ziekten zijn heimelijk genoteerd en buiten de overdracht is er gezocht naar wetenschappelijke onderbouwing. Uit het onderzoek blijkt dat in één van de drie gevallen dit soort uitspraken waar zijn. Twee van de drie uitspraken zijn dus niet (geheel) correct. Nu kun je op basis van één onderzoek natuurlijk niet generaliseren, maar het is een onthutsende conclusie. In dit soort besprekingen wordt beleid bepaald. Patiënten worden hierdoor blootgesteld aan onnodig aanvullend onderzoek. Om dan maar niet te spreken over de maatschappelijke en financiële gevolgen. Als twee derde van de 'exotische uitspraken' niet juist

---

<sup>7</sup> Linthorst GE, Daniels JM, van Westerloo DJ. The majority of bold statements expressed during grand rounds lack scientific merit. *Med Educ.* 2007 Oct;41(10):965-7.



is, waarom worden ze dan nog gedaan? De oorzaak ligt denk ik in de aard van een echte internist. Een internist is een dokter die enthousiast wordt van details, die het naadje van de kous wil weten en die altijd op zoek is naar de witte raaf. Daar zijn ze dan ook trots op. Een van de internisten heeft als geuzennaam 'the walking encyclopedia of uncommon disease'. En precies om die reden wil ik later ook een beschouwend vak uitoefenen. Ik word enthousiast van details, ik wil het naadje van de kous weten en ik lees graag over zeldzame diagnoses. Nu weet ik dat veel uitspraken over zeldzame diagnoses onwaar zijn en daar wil ik in ieder geval goed op letten. Een gewaarschuwd mens telt voor twee.

## Aan alles komt een eind

In het leven is maar één ding zeker: je overlijdt op een zeker moment. We verzetten ons krانig, maar uiteindelijk wint de Dood het toch. Hoewel we op vele manieren kunnen overlijden<sup>8</sup>, is overlijden als gevolg van ziekte het eerste dat in mij opkomt als ik erover nadenk. En waar kom je een hoop zieke mensen tegen? In het ziekenhuis.

Toch verbaast het me hoe weinig mensen er daadwerkelijk in het ziekenhuis overlijden. Als mensen in de laatste fase van het leven zijn aangekomen, doen we er alles aan om ze zo snel mogelijk het ziekenhuis uit te krijgen. Een veelgehoord argument is dat mensen graag in hun eigen omgeving en in het bijzijn van vrienden en familie afscheid willen nemen van het leven. Een ander belangrijk argument is dat dokters niet houden van patiënten die dood gaan. Waarom weet ik eigenlijk niet.

In het ziekenhuis doen ze er alles aan om patiënten in leven te houden en dat neemt soms groteske vormen aan. Op de afdeling zie ik een patiënt in bed, maar normaal zit hij in een rolstoel. Hij krijgt continu extra zuurstof toegediend, heeft geen controle meer over zijn ontlasting, heeft een maagsonde voor de voeding, is wat vergeetachtig c.q. dement en kan nauwelijks horen en spreken. Hij ligt er al 2 weken en het is de derde keer dat hij dit jaar is opgenomen. Ik vraag me dan wel eens af voor wie we het allemaal doen. De familie zegt dat hun vader het nog goed maakt, maar ik weet niet goed wat ze bedoelen met: 'hij kan nog goed meekomen met de rest.' De artsen kloppen zichzelf op de borst dat deze man, met deze hoeveelheid ziektes onder de leden, het 'in verhouding nog goed doet.' En meneer zelf? Hij is volgens mij dermate lethargisch dat het hem allemaal weinig meer kan schelen.

Als ik 's ochtends binnenkom, loop ik altijd even langs de zusterpost. Nog voor de overdracht wil ik graag weten of er bijzonderheden zijn die direct aandacht behoeven. Het verlossende woord komt: hij is vannacht overleden. Iedereen van het zorgteam is het er over eens: dit is iets moois. Deze man hoeft niet meer de lijden.

Ondanks dat overlijden iets vreselijks is, vind ik het een mooi begin van de dag.

---

<sup>8</sup> Het CBS houdt uitgebreide statistieken bij hoe wij in Nederland aan ons einde komen.

[http://www.swov.nl/uk/research/kennisbank/inhoud/90\\_gegevensbronnen/inhoud/doodsoorzaken.htm](http://www.swov.nl/uk/research/kennisbank/inhoud/90_gegevensbronnen/inhoud/doodsoorzaken.htm)

## Arts in spe

Voor me zit een gepensioneerde man. Hij voelt zich al tijden niet lekker: hij is moe, slaperig en heeft concentratieproblemen. Hij komt niet meer toe aan de dingen die hij zou willen doen en hij weet niet zo goed waardoor dat nou komt. Daarom zit hij natuurlijk ook voor me. Een verwijzing naar de interne geneeskunde betekent over het algemeen dat er sprake is van een complexe casus. In tegenstelling tot de huisarts hebben internisten vaak meer tijd en meer diagnostische mogelijkheden om het probleem uit te zoeken.

De huisarts had al bloed afgenomen om te laten onderzoeken. Ik krijg van de patiënt een kopie van de uitslag overhandigd. Tijdens deze stage heb ik zoveel bloeuitslagen moeten beoordelen dat het papier me antwoorden verschaft in plaats van stress. De bloeuitslagen laten nagenoeg geen afwijkingen zien. Toch nog even nadenken. Als ik op het verhaal van de patiënt afga, denk ik aan een te traag werkende schildklier. De huisarts waarschijnlijk ook, gezien de zaken die hij heeft laten onderzoeken, maar dat komt er niet uit. In stilte staar ik naar het papier, maar mijn hersenen zijn hard aan het werk. Er flitsen een aantal zeldzamere ziektebeelden aan mij voorbij.

'Voelt u zich de laatste tijd ook somber?', vraag ik de man nadat ik een tijdje nagedacht heb.

'Nou, niet echt somber, maar echt genieten van de dingen in het leven kan ik niet meer.'

Ik stel nog wat aanvullende vragen en sluit het gesprek af. Ik beloof de man terug te komen nadat ik even overlegd heb met mijn supervisor. Mijn supervisor, een norse man met indringende ogen, zit in de kamer naast me.

'Nou, welke diagnostiek wil je nog in gaan zetten?'

'Geen, ik stel voor dat we deze man terugverwijzen met een verdenking op een depressie.'

Ik leg het verhaal uit. Mijn supervisor knikt en deelt mijn gedachten. Samen lopen we terug naar de patiënt en leggen we het een en ander uit. De man gaat met antwoorden naar huis.

'Goed gedaan', zegt mijn supervisor. Ik heb de man een verklaring kunnen geven en ik heb hem een hoop aanvullend onderzoek kunnen besparen. Ik voel mezelf een echte dokter.

## Zinvraag

‘Waar doe je het uiteindelijk allemaal voor?’

Ik had een hoop vragen verwacht, maar deze niet. Ik wist niet dat beoordelingsgesprekken zo filosofisch van aard waren. Ik speel de vraag terug, omdat ik meer duidelijkheid wil over het motief van de steller van de vraag.

‘Waarom kom je elke dag vroeg je bed uit, ga je naar je stage en doe je je best? Waarom kies je ervoor om vragen te stellen tijdens de overdracht en zoek je dingen thuis na? Waarom ga je elke dag na de overdracht toch nog naar de afdeling om dingen op de afdeling te regelen? Waar doe je het uiteindelijk allemaal voor?’

Ik denk na over het zojuist gezegde. Eigenlijk ben ik er niets mee opgeschoten, want ik weet nog steeds niet goed wat hij wil horen. Het lijkt een retorische vraag, maar daar is de situatie niet naar. Misschien is deze socratische dialoog wel een verkapt compliment. Of juist kritiek, daar ben ik nog niet goed uit. Gedachten à la Emile Ratelband komen in mijn hoofd. Kom op, niet te lang nadenken en *nu* iets slims zeggen.

Het eerste antwoord dat in me opkomt is omdat ik er zoveel plezier uit haal, maar dat is vast niet wat hij wil horen. Hij wil vast iets horen in de richting van: ‘ik wil een goede arts worden’ of ‘omdat ik zoveel mogelijk wil leren.’ Ik twijfel nog even over wat ik ga zeggen. Ik kies ervoor om open kaart te spelen, ongeacht de consequenties. Mijn gesprekspartner krijgt een brede glimlach op zijn gezicht.

‘En dat vonden wij nou ook. We zien in jou een hele enthousiaste coassistent die hard werkt en goed in zijn kennis zit. Niet om een wit voetje te halen, maar omdat je het leuk vind om te doen. Je bent meermalen in de bespreking een fijne collega genoemd. We geven je daarom ook een 8, met de uitnodiging om te zijner tijd, als je dat wilt, je assistentschappen hier te komen doen.’

Ik word er stil van. Mijn beeld over beoordelingsgesprekken was toch anders. Nadat we nog een kwartier over de mooie dingen in het leven hebben gepraat sta ik weer buiten. Ditmaal echt buiten. De witte jas en personeelspas zijn ingeleverd. Ik ben klaar met mijn coschap interne.

Op naar de heelkunde.





# Heelkunde

*Maandag 3 oktober t/m vrijdag 2 december 2011*

## Indianenverhalen

In de overdrachtsruimte zijn de tafels in een U-vorm opgesteld. De specialisten zitten aan tafel. De arts-assistenten op de tweede rij, rechts in de ruimte. Links, op de tweede rij, zitten de coassistenten. Hier geldt nog echte hiërarchie. Mensen worden hier letterlijk geordend.

Als om 7:50 de overdracht is afgelopen fluisteren mijn mede-co's me nog snel wat tips in. Bij welke arts ik het beste poli kan lopen en welke arts ik beter kan vermijden. Allemaal goed bedoeld, maar het is teveel informatie in te weinig tijd. Mijn wekker ging vandaag om 5:40 en ik kan het niet opnemen. Iedereen gaat snel naar de plek waar hij of zij verwacht wordt en ik blijf alleen achter. Ik word pas 8:45 verwacht voor het introductieprogramma. Nou ja, dan heb ik wat tijd voor bezinning en navelstaren.

Tijdens het introductieprogramma spreek ik coassistenten die ook vandaag beginnen met hun coschap, maar dan bij een ander specialisme. Een enkeling weet mij te vertellen hoe vreselijk de afdeling heekunde hier zou zijn. Horrorverhalen over een bepaalde chirurg. Zelfs de medewerker van het onderwijsinstituut geeft aan dat ik echt een melding moet maken als ik onheuselijk bejegend wordt. Dat geeft een mens hoop, al die goede woorden.

Na het introrondje kan ik me bij een mede-co melden. Vandaag heb ik 'statusdienst'. Dat houdt in dat ik alle patiënten die de volgende dag geopereerd worden, op papier nog eens na moet kijken. Klopt de operatie-indicatie? Zijn ze gezien door de anesthesie? Wordt er niets over het hoofd gezien? 's Middags moet ik voor alle chirurgen een presentatie geven tijdens de indicatiebespreking. Nog wat bemoedigende woorden van mijn mede-co: 'ze zijn erg streng hoor, je moet goed weten waar je het over hebt. Anders maken ze je af.' De moed zakt me in de schoenen.

Om 15:45 begint de indicatiebespreking. Ik mag de eerste patiënt op het programma voordragen. Ik probeer het verhaal zo kort mogelijk te houden en alleen de relevante dingen te vertellen. Als ik klaar ben met mijn verhaal kijk ik de zaal in. Ik weet niet wat ik kan verwachten. Krijg ik lastige vragen? Komen er kleinerende grappen? Neemt een chirurg zijn klomp ter hand en krijg ik die naar mijn hoofd?

Het verwachte theater blijft uit. 'Duidelijk verhaal. Volgende patiënt.' Geen van de rampscenario's doet zich voor. De rest van de dag gaat eigenlijk ook soepel. Ik heb vandaag meermalen gehoord dat het hier vreselijk zou zijn, maar daar blijkt niets van waar. Blijkt maar weer dat je niet alles moet geloven.



## In mijn pyjama

Iedereen die aan geneeskunde denkt, moet ook aan de operatiekamers denken. Deze plek is *the American Dream* van menig student. En om deze plek hangt nogal wat mystiek. Alle rituelen die bij de operatiekamer horen dragen daar ook aan bij. Je mag niet zomaar met je normale kleren het OK-complex in. Je kleedt je om in een vormloze outfit, die nog het meest wegheeft van een pyjama. De schoenen blijven in de kleedkamer, alwaar je overstapt op klompen. Ik begrijp niet zo goed hoe deze leenklompen door een arbo-arts zijn goedgekeurd, maar schoon zijn ze in ieder geval wel.

Over je haren draag je een *disposable* muts. Ik zeg bewust *disposable*, want op een OK-complex zijn een hoop termen in het Engels. Dat klinkt denk ik hygiënischer. Overigens zijn er voor de heren met snorren en baarden aparte hoofddeksels, waarin ook de baard geen contact meer maakt met de buitenwereld. Voordat je een OK binnen gaat moet je eerst een mondkapje voordoen. Daarna je handen wassen. Ik heb nog een extra training gekregen over hoe ik mijn handen goed moet wassen. Als je daar over nadenkt is dat best bizar: dat je na vier jaar studeren op volwassen leeftijd nog eens uitgelegd krijgt hoe je je handen moet wassen. Maar onderzoek heeft aangetoond dat het gemiddelde niveau van handhygiëne in het ziekenhuis om te janken is, dus kan het zeker geen kwaad om het nog eens te horen. Na driemaal zepen, eenmaal met het schuursponsje tot halverwege je onderarmen en tweemaal met alcohol, zijn mijn handen de meest hygiënische plek op deze aardbol.

Omdat mijn handen nu schoon zijn kan ik niets meer aanraken. De deuren op een OK worden over het algemeen opengemaakt met drukknoppen (van die knoppen die ze ook bij spelletjes op televisie hebben, waar een kandidaat op kan hengsten als hij het antwoord weet) op enkelhoogte. Soms moet ik even zoeken welke knop bij welke deur hoort. Schop ik tegen zo'n knop en dan gaat de gewenste deur niet open. Dat went vast nog wel.

Na alle rituelen sta ik dan eindelijk op OK. De patiënt ligt er al, de anesthesie wacht rustig en de OK-verpleegkundige staat te trappelen om aan het werk te gaan. De chirurg komt binnen en zegt: 'ach wat leuk, een coassistent. Wie ben jij ook alweer?' Hij reikt mij de hand. Op de automatische piloot neem ik zijn hand aan en stel me voor. Terwijl ik zijn hand schud hoor ik de anesthesie lachen en zie ik de chirurg breed grijzen. 'Gefeliciteerd, je mag je handen nogmaals gaan wassen.' Leuk grapje voor de groentjes. Zonder mijn frustratie te laten blijken druipt ik af. Enkele minuten later (want zo lang duurt goed handen wassen!) kom ik weer

binnen. De operatie is al begonnen en ik ben te laat om 'aan tafel' te staan om te assisteren. 'De volgende operatie mag je wel aan tafel hoor', zegt de chirurg.

Daar sta ik dan na al die jaren studeren: in mijn pyjama in de hoek van een operatiekamer. *I'm living the American Dream...*

## Afkortingen

Elk vakgebied heeft zo zijn afkortingen. Dat is wel zo praktisch, want zo kun je in korte tijd (sprekend danwel schrijvend) meer informatie overdragen. Hoe vervelend is het om telkens *Verwijderen OsteoSynthese Materiaal* te moeten zeggen, terwijl je met VOSM (“vee-o-es-em”) afkunt? VOSM is een ingreep waarbij eerder geplaatste platen, schroeven en pennen verwijderd worden. Een ingreep die vrij vaak gedaan wordt, dus een afkorting is hier ook wel op zijn plaats.

Een voorwaarde van het gebruik van afkortingen is dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van hun betekenis. Een aantal zijn volstrekt duidelijk (OK: Operatie Kamer), anderen wat minder. Dat maakt de overdracht van informatie niet altijd even helder. In de casus die we nu bespreken zit zo'n afkorting die ik niet ken. Maar ja, ga ik voor een zaal met 40 man vragen wat die afkorting betekent?

Dat komt wel een beetje dom over, want blijkbaar weten de andere 39 mensen in de zaal het wel. Ik kan het ook opschrijven en thuis uitzoeken, maar dan leer ik er nu niets van en kan ik de rest van het verhaal niet volgen. Ik besluit om het wel te vragen. De mevrouw uit de casus die we nu bespreken komt uiteindelijk op 'mijn' afdeling en ik wil graag weten wat er precies gaat gebeuren.

Als ik vraag wat de afkorting ORIF (“oh-rif”) betekent wordt het even stil in de zaal. De ogen zijn op mij gericht. Het lijkt wel of ik iets heel ergs gezegd heb. Een specialist neemt het woord en legt uit dat het *Open Reduction Internal Fixation* betekent.

'Eigenlijk is dat een hele mond vol voor het plaatsten van een schroef. Ik denk dat ze in de bouw een term gebruiken als 'vast Schroeven'. Misschien wel net zo praktisch, maar dit klinkt intelligenter.'

De nuchtere werkhouding van de chirurgen kan ik wel waarderen.

## Afschuifcultuur

In het ziekenhuis is een hoop werk te doen: beleid uitzetten en het nodige regelwerk, bellen met een huis- of revalidatiearts, de familie op de hoogte houden en administratie. Daarnaast zijn er de intercollegiale consulten, de zogenaamde ICC's. Middels een ICC wordt een ander specialisme erbij gevraagd om mee te denken over een patiënt. Bijvoorbeeld een internist die een dermatoloog vraagt om een verdachte moedervlek te beoordelen. Het hele concept achter de ICC's is dat kennis en ervaring gedeeld worden om zo samen zorg te dragen voor een patiënt.

Maar zo werkt het in praktijk natuurlijk niet. De ICC's zijn een verkapte manier om werklust af te schuiven. En daar zijn ze in het ziekenhuis met zijn allen best handig in. Een verwarde man is echt iets voor de neurologie om te beoordelen, een patiënt met iets verhoogde bloeddruk moet naar de cardiologie en een verdacht kuchje is een vrijkaartje voor de afdeling longziekten.

Ik heb vandaag mogen ervaren hoe huftegerig werk in je schoenen geschoven kan worden. Bij een patiënt met een blinde darmontsteking ontdekten we toevallig ook suikerziekte. Daarvoor hebben we de internist in consult gevraagd, want spontaan ontstane suikerziekte op middelbare leeftijd is wel een beetje gek. Uit het gekriebel in de status kon ik opmaken dat er ook allerlei zeldzaamheden werden overwogen. In de veronderstelling dat de verdere diagnostiek bij de internist zou liggen hebben wij (de chirurgie) daar verder weinig mee gedaan. Eigenlijk hebben we het gewoon ter kennisgeving aangenomen.

De patiënt met de blinde darmontsteking zou wat betreft de chirurgen morgen met ontslag kunnen. Op de een of andere manier was de internist daar achter gekomen. Hij sprak mij vol verontwaardiging aan en vroeg waarom er geen aanvullend onderzoek was ingezet. We moesten een bepaalde zeldzaamheid uitsluiten middels een complexe test. En omdat de razende internist mij voor zijn neus had, was ik de gelukkige. Het protocol stond op intranet en ik kon de spullen via de apotheek wel bestellen. De internist vertrok subiet, terwijl hij mij in verbijstering achterliet.

Er stond (natuurlijk) geen protocol op intranet en de internisten waren niet meer bereikbaar voor tekst en uitleg. Samen met de apotheek heb ik, in overleg met de klinisch chemicus, een acceptabel testschema bedacht en de spullen heb ik met spoed laten overkomen uit een ander ziekenhuis. Ik mocht de test ook zelf uitvoeren, ondanks dat ik aangegeven had dit nog nooit te hebben gedaan. Uiteindelijk is het wel goed gekomen, maar het

heeft me een hele ochtend gekost, terwijl de collega internist dit waarschijnlijk in een half uur geregeld zou hebben.

Ik heb vandaag een hoop geleerd op medisch inhoudelijk vlak en ben een pijnlijke levensles verder. Je collega's zijn er niet altijd om je te helpen.

## Lang leve het EPD (2)

Vandaag heb ik weer statusdienst. Daarin doen ik een kort dossieronderzoek van alle beschikbare gegevens van een patiënt die de dag erna op het operatieprogramma staat. Gewoon om te checken of alles wel geregeld is. Daarnaast is het een methode om iets te leren over indicatiestelling (de reden om te gaan opereren).

Het ziekenhuis waar ik nu ben is in een overgangsfase van papieren dossiervoering naar digitale dossiervoering. In de praktijk betekent dit dat de artsen indicaties voor operatie op papier schrijven en dat deze worden overgetypt door, niet-medisch geschoolde, administratieve medewerkers. Ik vraag me af hoeveel kosten er bespaard worden (een veelgehoord argument vóór het EPD) met de inzet van extra personeel.

Zoals te verwachten is, gaan er dingen mis als er meerdere mensen betrokken zijn bij dit soort verhandelingen. Als het handschrift van de arts slecht leesbaar is (en dat is het vaak) moet de administratieve medewerker maar een beetje gokken. Als het echt niet leesbaar is, kiezen ze er blijkbaar voor om het helemaal niet over te nemen.

De afbeelding op de pagina hiernaast is daar een voorbeeld van. Dit is het resultaat van een gedigitaliseerde indicatie. De patiënt heeft een bult op het hoofd. Dit bleek later een goedaardige zwelling (fibroom). Omdat het fibroom hinderlijk is voor de patiënt, is het plan om het operatief te verwijderen. De chirurg heeft de indicatie op het formulier geschreven: 'extirpatie groot fibroom achterhoofd'. Op de pagina hiernaast ziet u wat er in de computer is gekomen.

Gelukkig zijn chirurgen geen robots die blind opdrachten uitvoeren. Ik denk dat een extirpatie van een groot achterhoofd wel de krant zou halen.

Wachlijst Opname

Patient: [REDACTED]

Aanvraag | Operatie | Planning

Inschijfdatum: 2011 Aangvrager: S [REDACTED] (CHI)  
 Urgentie: Binnen 1 week Planstatus: Definitief gepland (D) Status: Gepland

Opname

Opname-datum/tijd: 2011 8:00 Verm. ontslag: 2011 17:00 Nazorg vereist: [vrij]  
 Duur: 1 dagen Plus;min-aantal (dgn): 0 Ongeval: [vrij]  
 Zorgtype: Dagverpleging Spoed: Nee Ecubitus meten: [vrij] MRSA: [vrij]  
 Opnamespecialisme: CHI Chirurgie Specialist zelfde specialisme: [vrij]  
 Specialist: [REDACTED] (CHI) Medebehandelaars: [vrij]  
 Indicatie: D Extirpatie groot achterhoofd  
 Uiterste opname: 2011 DBC-zorgtraject: [REDACTED]

Allergieën

Opn:

Code	Omschrijving

Tekst per Allergie:

Neveniagnoses

Opn:

Code	Omschrijving

Complicatie

Herkomst: DBC opn.periodes: DBC's: OK Annuleren Toepassen

**Afbeelding 3:** Schermafbeelding uit het EPD. Zullen we het hele achterhoofd verwijderen? (zie pijl)

## Ode aan de assistent

Van buiten zie ik er sereen uit, maar van binnen ben ik in gevecht. Ik probeer mijn aandacht erbij te houden, maar mijn gedachtes dwalen af. Een verwoede poging om naar de röntgenfoto's van gebroken benen te kijken mislukt, omdat mijn ogen keer op keer uit focus raken. Soms vallen ze zelfs even dicht. 'Niet in slaap vallen' is de enige gedachte die door mijn hoofd gaat. Ik probeer in het hier en nu te blijven. Ik knijp mezelf: de pijnscheut geeft een tijdelijke opleving van het systeem, maar het effect is maar van korte duur.

Tijdens de coschappen leer je een hoop vaardigheden. Dat ik zou leren om te gapen zonder mijn mond te openen had ik niet verwacht. Probeer het maar eens, dat is nog best lastig. Ik heb geleerd dat je prima 60 uur per week kunt werken (exclusief reistijd). Ik heb zelfs geleerd dat koffie, met twee klontjes suiker en een sloot melk, goed te drinken is. Ik probeer het achter de hand te houden voor die momenten dat ik echt niet meer kan. Het geheime wapen tegen de vermoeidheid.

Elke dag ben ik om 7:30 aanwezig en ga ik pas na 18:30 naar huis. Echt tijd om te lunchen of tussendoor even rustig te gaan zitten is er vaak niet. Er moet veel gebeuren. De trein die Heelkunde heet raast maar door. Van overdracht naar de afdeling, van de afdeling naar OK, van OK naar bespreking en van bespreking naar de afdeling. Uiteindelijk is het gewoon een cyclus die begint in mijn bed en eindigt in mijn bed en waarbij het niet uitmaakt of ik uit bed kom of mijn bed in ga – ik ben toch wel moe. Toch functioneer ik naar behoren en zijn de mensen (artsen en patiënten) tevreden.

Ik heb oneindig veel respect voor de arts-assistenten heelkunde. Die zijn er nog net iets vroeger en gaan net iets later naar huis. Een werkhouding waar menig werkgever alleen maar van kan dromen. En ze zijn altijd vrolijk en bereid om uitleg te geven of je erbij te betrekken, enkele uitzonderingen daargelaten.

Beste assistenten heelkunde: jullie verdienen een medaille. Wat jullie doen is niets anders dan topsport!



## **Dat is waar het om draait**

Deze week ben ik een weekje weg van de algemene chirurgie en mag ik een kijkje nemen in de keuken van de orthopedie. Vandaag sta ik op de poli van dé orthopeed van deze regio. Een man, ergens halverwege de 40, met donkere ogen en zwarte haren. Op zijn poliprogramma staan vandaag 50 patiënten. Het merendeel daarvan ziet hij overigens twee keer op dezelfde dag, omdat hij dan graag naar aanleiding van het consult een röntgenfoto of CT-scan wil zien alvorens verder beleid uit te zetten. Dat komt neer op meer dan 70 contactmomenten per dag!

Het startschot voor deze monsterlijk drukke poli klinkt om 8:00. De korte instructie van de beste man luidt: 'probeer me bij te houden vandaag, want het is wel doorwerken bij de orthopedie'. Nou ja, tot die conclusie was ik ook gekomen. Vol goede moed roep ik de eerste patiënt uit de wachtkamer.

Voor elk contact staat ongeveer vijf minuten gepland, maar elk consult duurt langer. Hoe hard ik ook werk, het wordt alleen maar drukker in de wachtkamer. Aan het eind van de dag heb ik 14 patiënten zelfstandig gezien en in elk van de gevallen had ik het, volgens de orthopeed, bij het juiste eind en had ik een juiste therapie bedacht. Ik denk niet dat ik in deze fase van mijn opleiding de orthopeed beter van dienst had kunnen zijn. En toch lopen we uiteindelijk 90 minuten uit.

Nadat de laatste patiënt vertrokken is, loop ik naar de werkkamer van de orthopeed om hem te bedanken voor vandaag. Ik sta te trillen op mijn benen (vooral omdat ik niet de tijd heb genomen om te lunchen) en voel me verslagen, uitgeput en afgemat.

'Wat vond je van vandaag?'

'Ik vond het jammer dat we de patiënten zo lang hebben moeten laten wachten omdat we zo uitliepen.'

'Dat is een beleidskeuze. Zoveel mogelijk patiënten zien in een korte tijd. Productie, productie, productie. Daar draait het allemaal om. Want straks sta je laag op een lijstje in het AD of de Elsevier omdat jouw ziekenhuis te lange wachttijden heeft. In de zorg gaat het al lang niet meer om kwaliteit, alles gaat om geld.'

Ik ben geneeskunde gaan studeren omdat ik mensen wil helpen, niet om in een web van belangen verstrikt te raken en niet meer bezig te kunnen zijn met zorg. Ik vertrek vandaag met gemengde gevoelens. Leuk dat ik zoveel patiënten zelf heb kunnen zien en het medisch inhoudelijk gezien goed heb gedaan, maar de nasmaak is bitter.

## Timmermansoog

Ik heb vandaag met open mond staan kijken naar operaties bij de orthopedie. Dat heeft waarschijnlijk niemand gezien omdat ik mijn mondkapje voor had, maar dit is zo bijzonder om mee te mogen maken. In nog geen uur wordt een kniegewricht vervangen door een mooi glimmend kunstgewricht. De handelingen gaan zo rap achter elkaar dat ik het soms lastig kan volgen. En dat terwijl ze ondertussen vrolijk kletsen met de OK-assistente of met de patiënt als die niet volledig onder zeil is.

De operaties van orthopedie gaan iets anders dan bij algemene chirurgie. Orthopeden werken nog sterielier dan chirurgen en zijn ontzettend gestructureerd. Dat moet ook wel, ondanks dat 'een nieuwe knie' voor hen routine is. De foutmarge is klein. Het zou zonde zijn om net als een Ikea kast aan het eind van de operatie een schroefje over te houden.

Tijdens zo'n OK-dag wordt er net zo hard gewerkt als op de poliklinische dagen. Het adagium over productie draaien klinkt nog na in mijn gedachten. Toch zit er in elke operatie zorg en liefde. Het is natuurlijk zonde als er na een heupoperatie een beenlengteverschil bestaat, maar gezien de omvang van de ingreep vind ik het een wonder dat het zo vaak goed gaat. Het is niet simpel een 'heupje erin slaan' maar secuur passen en meten. Hier zit echt wel kennis en kunde achter.

Ik denk dat orthopeden het best vergeleken kunnen worden met timmermannen. Voor alles hebben ze wel een handig tangetje of een opzetstukje voor een boormachine. Tijdens de operatie is het passen en meten ('deze 18 mm schroef pakt net niet lekker, heb je een 20 mm liggen?') en zo nu en dan moet er grof geschut bij komen. Het blijft een vreemd gezicht om te zien hoe een arts een hamer of decoupeerachtige zaag ter hand neemt en zonder blikken of blozen in een patiënt zet. Het lijkt me lastig om met een hamer secuur te werken, maar de orthopeden doen het.

Ik heb afgelopen week respect gekregen voor de orthopedie. De mate waarin zij kunnen doorwerken én oog hebben voor details is bewonderenswaardig.

## Mijn eerste keer

Iedereen weet zijn eerste keer nog. De spanning, de onzekerheid, de onhandigheid. Later stelt het allemaal niet meer zoveel voor, maar de eerste keer blijft je altijd bij. De meeste verhalen die ik hoor over de eerste keer van andere coassistenten spelen zich af in het begin van de avond en vaak is er alcohol bij betrokken. Ondanks alle informatie en oefening gieren de zenuwen door je lijf.

Mijn eerste is gevallen van zijn fiets (dronken) en heeft een snijwond aan zijn duim en in zijn wenkbrauw. Eigenlijk mogen coassistenten geen duimen of aangezichtsverwondingen doen, maar omdat de assistent zoveel vertrouwen in mij heeft mag ik dat wel doen. Ik voel me zeer vereerd dat ik deze slecht verzorgde, straalbezopen man van ergens in de 40 mag hechten.

Samen met de verpleegkundige stap ik op de beste man af. Op aanspreken reageert hij niet. Even schud ik aan zijn schouder en verhef mijn stem. Hij schrikt wakker. Ik leg uit dat ik hem ga hechten. Hij zegt dat ik mijn gang mag gaan, maar volgens mij begrijpt hij me niet. Als ik de verdoving optrek met een naald zie ik geen reactie aan de patiënt. Misschien heeft hij me toch wel begrepen. Als ik met de naald richting zijn gezicht ga slaat de man in blinde paniek om zich heen. Hij schreeuwt om hulp. Na even praten is de man weer kalm. De zuster houdt voor de zekerheid zijn armen vast, want met een naald vlakbij je oog is wild bewegen geen goed idee.

Van de verdoving voelt hij weinig en het hechten gaat voorspoedig, veel makkelijker dan op het oefenmodel. De naald gaat net zo makkelijk door de huid als een naald door stof. Steriel werken is overigens alleen maar een illusie, want de man zit telkens met zijn handen aan zijn wond en aan mij.

Zijn duim hechten gaat even gemakkelijk, maar de verdovingsprikken doen wel zeer. Later blijkt dat ik met de (dikke) optreksnaald aan het verdoven was, terwijl het wel zo netjes is om dan even de dikke naald te vervangen door een dunne. 'Bij de eerste keer mag je fouten maken, zegt de assistent dan. Ik voel me een beetje schuldig, maar ik beseft me dat deze man daar morgen niets meer van weet.

De hechtingen zitten en de wonden zijn mooi afgeplakt. Deze man kan weer naar huis. Als ik hem vraag naar welk adres hij gebracht moet worden zodat ik een taxi kan regelen zegt de man grijzend: 'Zet mij maar af bij de kroeg, de avond is nog jong!'

Ik zie deze man graag een volgende keer terug. Misschien dan een snijwond op de arm?

## Protocollen

Rond 19:30 stappen twee jongemannen het ziekenhuis binnen. Ze hebben eerder deze avond met de auto een ongeluk gehad. Bij de afrit van de snelweg hebben ze de bocht net iets te hard genomen en, mede door de gladheid, hebben ze de vangrail aangetikt. Maar ja, na het eten toch even naar het ziekenhuis, want een van de twee had een pijnlijke schouder. Al pratende wandelen ze de eerste hulp op.

Nadat ze getrieerd<sup>9</sup> zijn krijg ik van de SEH-verpleegkundige te horen dat ik de patiënten kan zien. Ik vraag het verhaal uit en doe lichamelijk onderzoek. Buiten een goed mobiele, maar pijnlijke schouder is er echt niets met de jongens aan de hand. Ze zijn niet eens geschrokken. Alleen blikschade. Nog de auto van de baas ook. Toen ik vroeg hoe hard ze reden toen ze de vangrail raakten keken ze elkaar aan en kwam 'zeker 120' als antwoord. Ik vind het niet erg geloofwaardig overkomen. Het voelt een beetje zoals die reclame van een Holland Casino. Ik vertel het verhaal aan een assistent. De jongste assistent. Hij is net in dienst en dit is een van zijn eerste diensten.

'Wat? 120 kilometer per uur? Dat is een hoog-energetisch trauma! Die moeten de trauma-screening in.'

Ik probeer er nog tegenin te gaan, maar de assistent laat zich niet van zijn stuk brengen. Trauma-screening is er niet voor niets. Het zou zo maar kunnen dat ze een gebroken nek hebben. Mijn argument dat ze geen drukpijnlijke nek hebben, lachend binnenkwamen en er alleen blikschade was kan hem niet deren. Deze heren moeten door de molen. Ik zie aan de verpleegkundigen en de assistenten van de radiologie dat ze het met me eens zijn. Protocollaire onzin. De assistent houdt voet bij stuk. Hij stapt onmiddellijk op de heren af en sommeert ze te gaan liggen. Er wordt een nekkraag aangebracht. Infuusje erbij, voor het geval ze acuut bloed nodig hebben. Röntgenfoto's van de nek en borstkas. Een hartfilmpje. Bloedonderzoek. Als de assistent het verhaal voordraagt aan de supervisor dikt hij het nog extra aan om zijn handelen te rechtvaardigen. Als klap op de vuurpijl komt er een opname ter observatie bij.

De arme jongens weten niet wat hun overkomt. Ze kwamen voor de zekerheid vanwege een pijnlijke schouder, niet om een nacht opgenomen

---

<sup>9</sup> Triage is het beoordelen van urgentie van binnenkomende patiënten. De acute levensbedreigende patiënten worden natuurlijk direct gezien, de minder ernstig zieke patiënten moeten dan even wachten.

en volledig onderzocht te worden. Als deze mensen naar de huisarts zouden gaan zouden ze met pijnstillers naar huis gestuurd worden. Om het nog niet eens te hebben over de kosten die het met zich meebrengt. En maar klagen dat de zorg te duur is. Alles uit 'defensief handelen', zodat je later niets verweten kan worden. De volgende morgen waren de heren al vroeg weg. Er kwam niets uit de onderzoeken en ze werden ontslagen uit het ziekenhuis.

Uit onzekerheid blind een protocol volgen maakt je wat mij betreft geen arts. Protocollen zijn er om sturing te geven aan handelen. Je mag best uitgaan van je klinische blik. Vroeger was er 'common sense'. Nu zijn er protocollen.

## Arts en auto

Tijdens mijn week avonddienst ben ik mijn ouders extra dankbaar. Ik mag de auto lenen omdat 's avonds naar huis gaan lastig is met het openbaar vervoer. Als ik dan net mijn aansluiting mis, kom ik niet meer thuis. Dus rijd ik elke dag in 'mijn' donkerblauwe Fiat Panda. En dan niet zo'n nieuwe met het moderne design (nieuwer dan 2002), maar die oude vierkante. Hij rijdt heerlijk.

Ik kom tegelijkertijd aan met de chirurg die ook avonddienst heeft. We parkeren de auto's naast elkaar en lopen pratend naar binnen. Na de middagoverdracht begint mijn dienst en ik kan gelijk aan de slag op de SEH. Ik overleg met de chirurg en ga zelfstandig aan het werk. We spreken af dat ik hem bel als ik klaar ben. Dan kijkt hij nog even mee of hij het eens is met mijn verhaal en zet een aantal handtekeningen.

Huilende kinderen (wonden), gevallen ouderen (fracturen) en obese dames van rond de 40 met pijn in de buik (galblaasontsteking): het is een leuke dienst. Lekker afwisselend en ik ben continu aan de slag. Elke keer zie ik de patiënt als eerste en mag ik er zelf over nadenken. Samen met de verpleegkundige hecht ik de wonden. Samen met de arts-assistent van de radiologie beoordeel ik de röntgenfoto's. En elke keer als ik bel om te overleggen komt de chirurg even kijken, trekt even aan een pijnlijke schouder en leest mijn verslag. 'Prima, mee eens. Regel jij het verder?' En hij is er alweer vandoor.

Het is een geweldig gevoel dat ik zo zelfstandig kan functioneren. Alle patiënten op de SEH kan ik helpen en de chirurg is het eens met mijn beleid (of stelt niet zulke hoge eisen). Als ik om 23:45 het pand verlaat loop ik samen met de chirurg naar de parkeerplaats. Wederom kletsen we gezellig over de hoogte- en dieptepunten van de avond.

'Dank je wel voor vanavond, je was een fantastische co.' Een mooi compliment.

We begroeten elkaar vriendelijk. Terwijl ik in mijn auto stap stapt hij in zijn zilvergrijze Aston Martin Vantage. Verschil moet er zijn. Je hebt werkpaarden en je hebt luxepaarden.

## Slijtageslag

Mijn week begon op zondagmorgen. Elke weekdag heb ik gewerkt. Als afsluiter mag ik een 24-uurs dienst draaien. Zondagmorgen 10:00 uur loopt hij af, maar maandagmorgen 7:30 uur mag ik alweer aanwezig zijn. Hier zie ik mijn hele coschap al tegenop.

Zaterdagmorgen ben ik op tijd aanwezig. Vandaag is een regenachtige dag en dus is het rustig op de eerste hulp. Op de afdelingen zijn geen problemen. Eigenlijk is de dienst vergelijkbaar met de rest van de week. Ook 's avonds komt er weinig bijzonders. De inmiddels vertrouwd aanvoelende huis- tuin- en keukenletsels. De assistenten van de dagdienst nemen om 23:00 uur afscheid en worden afgelost door de assistent van de nacht. Ik ben de continue factor vandaag. Ik heb een beetje geluk, want de aller-leukste assistente van de heelkunde heeft deze nacht ook dienst. 'Samen gaan we er iets leuks van maken', had ze me van de week beloofd. Allereerst werken we de spoed leeg. Dan doen we rond 00:30 uur onze ronde langs de afdelingen. Er hangt een spookachtige sfeer. De gangen zijn donker en het is stil. De verpleegkundigen zijn op de afdeling, maar echt aan het werk zijn ze niet. Sommigen lezen een boek, anderen zijn gezellig aan het kletsen. Bij sommige verpleegkundigen blijven we wat langer om te kletsen. Zo rond 2:00 uur zijn we klaar met de werkzaamheden en hebben we alle bijzonderheden van het ziekenhuis wel gezien. We maken een plan voor de rest van de avond. Ik blijf wakker (op eigen verzoek overigens) om alle patiënten als eerste te kunnen zien. Samen met de verpleging beoordeel ik dan of de assistent wakker gemaakt moet worden of dat ik het zelf af kan handelen. De assistent gaat richting haar bed en ik blijf samen met de verpleegkundigen van de SEH en de broeders van de ambulance achter.

Het is rustig vannacht. Ik leg de verpleging iets uit over de werking van bepaalde hormonen en de hoofdverpleegkundige leert mij Mahjong. Tussen alle bedrijven door zie ik vier patiënten die ik samen met de verpleging zelf kan behandelen. Het zijn kleine dingetjes: een pijnlijke pols na een val met een fiets (dronken) en een snijwond in de hand (dronken). Maar ik merk dat ik niet meer zo scherp ben als ik zou willen. Op een aanvraag voor een röntgenfoto haal ik links en rechts door elkaar. Het is een beetje vechten tegen de slaap, maar samen met de verpleging kom ik er goed doorheen.

In de morgen voegt de assistent zich weer bij ons. Ze heeft de hele nacht kunnen doorslapen. 'Een cadeautje', noemt ze het. We spreken de nacht door en we ronden de ontslagbrieven af. De ochtend is verder rustig en om

10:00 uur loopt mijn dienst af. Ik heb het overleefd. Nu moet ik voorzichtig naar huis toe rijden (vooral links en rechts niet door elkaar halen) en mijn bed in. Als ik in bed lig is mijn lichaam van slag. Ik kan niet slapen. Ik ben doodop maar mijn lijf wil niet in slaap vallen. Ik ga maar dingen doen zoals mijn huis opruimen en schoonmaken. Tegen 16:00 uur red ik het echt niet meer en slaap aan één stuk door tot 6:00 op maandagmorgen.

Het is nu dinsdagmorgen en ik voel me nog steeds moe. De volgende keer moet ik meer op mezelf letten, want op deze manier ga ik niet oud worden in dit vak.



## Niets menselijks is ons vreemd

Deze week mag ik de urologen van dit ziekenhuis gezelschap houden. Ik zeg bewust geen dingen als 'stage lopen', want een week is echt maar heel kort. Het onderwijs op de universiteit over urologie was spaarzaam en na deze week krijg ik geen onderwijs meer over urologie, dan wordt verondersteld dat ik voor de rest van mijn leven geëquipeerd ben. Urologie is het eerste vakgebied tijdens mijn coschappen waar ik weinig mee heb en voor mijn gevoel maar weinig van weet.

Deze week mag ik onder andere meekijken op de poli en zijn in principe alle nieuwe patiënten voor mij. In de praktijk houdt dat in dat ik met name oudere mannen zie met prostaatproblemen (moeite met uitplassen, slappe straal en nadruppelen). Voor de vorm doe ik lichamelijk onderzoek, maar eigenlijk had ik ook zonder rectaal toucher<sup>10</sup> deze diagnose kunnen stellen. Bij deze klachten volgen standaard een flowmetrie (onderzoek hoe hard de urine de plasbuis verlaat) en eventueel beeldvorming bij verdenking op kanker. In dit vak, op de poli althans, zit veel routine.

Een enkele keer zie je op de poli iemand van je eigen leeftijd. Dat blijf ik gek vinden. Iemand van je eigen leeftijd vragen of hij plasklachten heeft en of alles rondom de seks nog naar wens gaat. Het is misschien mijn eigen bekrompenheid, maar als mensen zonder gêne vertellen dat masturberen pijn doet en ze daarom olijfolie (!) gebruiken, dan vind ik dat een beetje gek. Maar de witte jas beschermt me. Ik schrijf zonder blikken of blozen in de status: 'pijn bij masturberen, gebruikt olijfolie ter lubricatie'. Ik durf zelfs door te vragen ('Helpt dat dan?' en 'Heb je ook andere middelen gebruikt?'). Ik voel mezelf een echte professional, maar als ik de beste jongen na afloop een hand geef voel ik de drang opkomen om mijn handen vijf keer te wassen. Dit wilde ik *echt* niet weten.

'Niets menselijks is ons vreemd', zeg ik wel eens op de poli. Dat zeg ik meestal als ik het gevoel heb dat mensen details achterhouden waardoor de diagnostiek bemoeilijkt wordt. Ik besef nu pas dat ik in de eerste zin van deze alinea 'ons' zeg. Daarmee verwijs ik naar iets onpersoonlijks. Misschien de artsen in het algemeen of misschien wel naar iets abstracts zoals de witte jas. In de toekomst blijf ik dat zeggen, want daarmee laat ik de mogelijkheid open dat *ik* het wel vreemd mag vinden, maar dat mijn witte jas dat niet laat blijken.

---

<sup>10</sup> De prostaat van de man is de voelen met een (behandschoende!) vinger via de anus. Rectaal toucher klinkt professioneler toch?

## Voor de poorten van de hel

Sommige coassistenten noemen dit ziekenhuis, en dan met name de afdeling heelkunde, 'de Hel'. En dat deze afdeling zo genoemd wordt, zou komen door die ene man. Zeg maar de *Lucifer* of de *Beëlzebub* van de Heelkunde. En ik heb het voorrecht om deze én volgende week met hem op de poli en op OK te staan. Als ik naar zijn poli loop, wenst een coassistent me succes. Een arts-assistent geeft nog even mee als tip: 'don't take it personal.' Dat geeft de burger moed.

Ik heb, tijdens een stage van mijn vorige opleiding, ooit zo'n begeleider gehad. Met die man was echt niet te praten en hij stelde (onredelijk?) hoge eisen. Na drie maanden ben ik gebroken in tranen uitgebarst, midden tussen de patiënten. Ik trok het niet meer. Toch ben ik de beste man dankbaar, want ik heb een wijze levensles geleerd in die periode: blijf bij jezelf. Hoe lastig het je ooit gemaakt wordt: als je bij jezelf blijft, kom je er wel. Proberen te voldoen aan verwachtingen van anderen is zoveel vermoeiender en voelt onecht. Die stage heb ik overigens wel gehaald, maar het cijfer heeft mij mijn *cum laude* gekost. De levensles die ik daar geleerd heb, daar hecht ik meer waarde aan.

Met die wijsheid op zak loop ik naar de poli. Wel iets op mijn hoede en iets gereserveerder dan ik normaal ben. Je weet maar nooit. Toch merk ik dat het contact lekker loopt. Ik stel relevante vragen, durf het aan te geven als ik het niet weet (dat is soms best eng) en ik werk hard door. Aan het eind van de ochtend zie ik de patiënten zelfstandig. We bespreken ze vooraf en dan laat hij me mijn gang gaan. Ik overleg naderhand wat ik gezien en gedaan heb en doe een suggestie voor beleid. Natuurlijk is dat niet altijd goed en natuurlijk krijg ik kritische vragen, maar ik heb niet het gevoel dat deze man slechte intenties heeft. Hij daagt mij uit om kritisch na te denken. Daar leer ik van.

Het is gezellig, we lachen samen (over grappen die eigenlijk net niet kunnen maar die wel erg leuk zijn) en werken de patiënten uit de wachtkamer weg. Ik heb een topdag achter de rug. Samen lopen we naar de middagoverdracht. Ik voel me wel op mijn plek bij deze man. Maakt mij dat een handlanger van de Duivel? Of is het gewoon de onkunde van veel coassistenten om met autoriteit en kritiek om te gaan?

## Rariteitenkabinet

Tijdens mijn coschappen verwonder ik me het meest over de witte jassen in het ziekenhuis en hun cultuur. Een enkele keer vraag ik me af wat mensen naar het ziekenhuis brengt. Hoewel ik met klem wil benadrukken dat ik deze stukjes niet sensatiebelust schrijf, wilde ik u deze casus niet onthouden.

Er komt een man naar de SEH omdat hij afgelopen nacht een vibrator rectaal naar binnen heeft geschoven en hem er niet meer uit krijgt. Om een indruk te krijgen over het *corpus alienum*<sup>11</sup> vragen we de assistent van de radiologie een röntgenfoto te maken van de buik en het bekken.

Bij het zien van de foto worden we allemaal even stil. Midden in de buik zien we een metalen object van zeker 15 centimeter. Ik verbaas me dat je op de foto zo goed het binnenwerk kan zien. Naast de batterijen zijn ook de schroefjes goed te onderscheiden. Ik kan me moeilijk voorstellen hoe iemand een voorwerp van dergelijk formaat voor zijn plezier rectaal zou inbrengen. Maar ja, dat is nu niet aan de orde. Wat wel aan de orde is, is hoe we de beste man van zijn ongemak (?) gaan verlossen.

Op de SEH proberen we middels een behandschoende vinger achter de rand van het voorwerp aan te haken. Door de ronde vorm krijgen we maar moeilijk grip. De assistent stelt voor om met een soort van paktang (vergelijkbaar met een tang waarmee u het vlees op de barbecue omdraait) te gaan hengelen. Het inbrengen van de tang is dermate pijnlijk (wat me overigens verbaast aangezien de ingebrachte vibrator groter is) dat we iets anders moeten verzinnen.

Lang verhaal kort: op OK wordt onder lokale verdoving middels een nog langere paktang het voorwerp eruit gehaald. Onderwijl moet de man de humor van de chirurg even doorstaan.

'Trilde het voorwerp inwendig door?' en 'Bent u voor- of nadat het gestopt is met trillen naar het ziekenhuis gekomen?' Ik moet soms wel moeite doen om, in tegenstelling tot het OK-personeel, niet luidkeels te lachen. Ik begrijp het ook wel een beetje, want het is nogal een gênante situatie. Maar die arme man heeft hier ook niet om gevraagd.

Uiteindelijk heeft de chirurg het onding te pakken. Langzaam haalt de chirurg de vibrator eruit.

---

<sup>11</sup> Latijn voor: vreemd lichaam. In de geneeskunde gebruiken we deze term voor alle objecten die er natuurlijkwijs niet horen. Bijvoorbeeld een legoblokje in de neus of ingeslikte voorwerpen.

'Ah, ik zie wat paars opdoemen.' Als een soort trofee laat de chirurg de paarse vibrator trots zien aan de rest van het OK personeel.

'Wilt u hem graag weer mee naar huis nemen?', vraagt de chirurg aan de man. De patiënt houdt wijselijk zijn mond. Na de ingreep is meneer dan ook bijzonder snel het ziekenhuis uit, overigens zonder zijn vibrator.

Ik ben blij dat de man van zijn probleem verlost is. Of eigenlijk, ik ben blij dat de man van de chirurg verlost is. Dit verdient geen schoonheidsprijs.

## Patient delay

Vandaag sta ik op de poli 'gastrointestinaal'. Op deze poli komen mensen met klachten van het maag-darmkanaal. Hemorroïden, oftewel aambeien, is een van de meest voorkomende klachten. De eerste keer vond ik het spannend, maar nu kost het me geen enkele moeite om kritisch naar een anus te kijken. Ik draai mijn hand niet meer om voor een rectaal toucher. Eigenlijk vind ik het een leuk spreekuur, omdat ik vrij zelfstandig aan het werk kan. De indicaties zijn mooi te stellen met een kort medisch vragengesprek en lichamelijk onderzoek en vaak kan de chirurg tijdens een tweede afspraak met een betrekkelijk kleine ingreep mensen van de klachten afhelpen.

Op de poli komt een oudere man samen met zijn partner. Hij heeft al zeker tien jaar moeite om zijn ontlasting op te houden en heeft last van *soiling* (de bekende 'remsporen' in de onderbroek). Naar het toilet gaan is een pijnlijke aangelegenheid. Hij durft het huis niet meer uit. Eigenlijk wordt zijn hele leven beheerst door zijn ontlastingsklachten als gevolg van zijn aambeien. Het is een aandoenlijk verhaal. Als de man gaat liggen op de onderzoekstafel en zijn onderbroek uitdoet schrik ik. Ik zie het probleem al hangen tussen de billen. Er steekt zeker 5 centimeter aan weefsel aan alle kanten uit de anus. Ik zie duidelijk geïrriteerd en makkelijk bloedend slijmvlies. Ik vond het verhaal al aandoenlijk, maar als ik hier naar kijk voel ik bijna de pijn die deze man heeft. Ik besluit om even mijn supervisor erbij te halen. Nadat de arts heeft gekeken kan de man zich weer aankleden. Als het echtpaar weer zit steekt de chirurg van wal:

'Waarom hebt u zo lang hiermee rondgelopen? Meneer, ik zit al ruim 20 jaar in het vak en heb werkelijk waar nog nooit zulke grote aambeien gezien. Echt niet! En mevrouw, waarom heeft u niet eerder uw man ertoe bewogen om naar een arts te gaan?'

En zo raast de chirurg nog even door. Het echtpaar wordt er stil van. Het enige antwoord wat we krijgen van de patiënt is: 'Ik schaamde me er een beetje voor.'

'Nee meneer, wij moeten ons schamen. Ik vind het vreselijk om te horen dat wij u niet het vertrouwen hebben kunnen geven waardoor u eerder naar ons toe bent gekomen. We gaan ons best doen om u zo goed mogelijk te helpen, maar u moet beloven dat u in de toekomst eerder aan de bel trekt.'

Ik vind het een bijzonder fenomeen dat patiënten soms zo lang wachten om naar een arts te gaan. Ik hoop dat we (de medische sector) daar iets aan kunnen veranderen in de toekomst.

## Alle goede bedoelingen ten spijt

Vandaag is mijn laatste dag op OK voor dit coschap. Inmiddels voel ik me iets meer op mijn gemak als ik 'steriel mag staan' (mee mag opereren) en heb ik min of meer een bepaalde handigheid ontwikkeld wat betreft het doorknippen van draadjes, vasthouden van klemmen en met het zuigertje het operatiegebied vocht- of bloedvrij te houden. Kleine dingen, maar wel belangrijk. Ik loop mee met een alleraardigste vaatchirurg.

Als eerste op het programma staat een amputatie van een onderbeen. De patiënte heeft zoveel pijnklachten vanwege een slechte doorbloeding waar niets meer aan verbeterd kan worden, dat het been eraf halen de enige resterende optie is. Terwijl de chirurg en de arts-assistent praten over de esthetische nuances van de nieuwe Audi A6 wordt systematisch het onderbeen gescheiden van de eigenaar. Dat gaat overigens veel subtieler dan in menig actiefilm, maar het eindresultaat is hetzelfde. Een los been in je handen is een vreemde gewaarwording. Alleen de nagellak op de tenen verraadt dat het ooit een gekoesterd ledemaat is geweest. Nog geen 2 uur geleden kon mevrouw haar tenen nog bewegen, nu verdwijnen de tenen inclusief onderbeen in de afvallemmer.

Het spoedsein gaat.

Er komt een patiënt aan met een gevaarlijk groot aneurysma<sup>12</sup> van de grote aorta (buikslagader). Het risico bestaat dat het aneurysma knapt en dat de patiënt ter plekke overlijdt vanwege massale bloeding in de buikholte. Om dit te voorkomen wordt de buik opengemaakt en wordt een zogenaamde broekprothese geplaatst.<sup>13</sup> Dit kunstmatige bloedvat verbindt de aorta met de grote beenslagaders.

Het is een gevaarlijke operatie met een hoog percentage sterfgevallen. Iedereen staat er klaar voor. Vanaf de SEH wordt de man gelijk doorgereden naar OK. Ik zie een oudere man op wiens gezicht doodsangst is af te lezen. Het lijkt erop alsof iedereen een functie heeft, behalve ik. Ik besluit bij de man te blijven en probeer hem op zijn gemak te

---

<sup>12</sup> Een aneurysma is een verwijding een bloedvat. Een beetje te vergelijken met een zwakke plek in een binnenband van een fiets

<sup>13</sup> Bij deze operatie wordt er een zogenaamde 'broekprothese' ingehecht tussen het onderste gedeelte van de aorta en de splitsing naar de grote vaten naar de benen. Een mooi overzicht van deze ingreep is te vinden op deze site van het UMCG: [http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Vaatcentrum/Patienten/Ziekten\\_onderzoek\\_en\\_behandeling/Verwijding\\_van\\_de\\_buikslagader/Pages/Behandeling.aspx](http://www.umcg.nl/NL/UMCG/Afdelingen/Vaatcentrum/Patienten/Ziekten_onderzoek_en_behandeling/Verwijding_van_de_buikslagader/Pages/Behandeling.aspx).

stellen. 'Het komt goed meneer, u bent nu in het ziekenhuis.' Het lijkt te werken.

Het precieze beloop van de operatie zal ik u besparen, maar het komt er in het kort op neer dat het aneurysma al aan het lekken was en bij het openen van de buik ter plekke kapot sprong. Dan gaan alle alarmbellen af. Hartslag van de patiënt (en die van het OK-team) rond de 200 per minuut, massaal bloedverlies (vier liter in het eerste kwartier) en ruim 16 man die in en uit de OK rennen om van alles te doen. Het voelt alsof ik niet aanwezig ben in de ruimte, alsof ik op een afstand sta te kijken, terwijl ik er wel degelijk middenin sta, met het bloed tot op mijn spatbril.

Langzaam wordt het lichaam onder de operatiedoeken kouder. Ondanks dat er al zes liter bloed en plasmaproducten in is gepompt, heeft het lichaam de grootste moeite om de bloeddruk te handhaven. Het lukt niet om de prothese aan te sluiten op de vaten. De man komt ondanks alle interventies te overlijden. Het enige wat resteert is een lange pieptoon die een asystolie (hartstilstand) aangeeft. De rust keert weder in de OK, maar de sfeer is bedrukt. Ik voel me vreselijk omdat ik de man heb gerustgesteld toen hij de OK in werd gereden. Ik heb hem in de ogen gekeken toen hij in slaap viel van de verdoving en toen keek hij nog terug. Nu blijven zijn ogen voor altijd gesloten.

De chirurg probeert me gerust te stellen: 'Deze man was in principe al overleden tot het tegendeel bewezen is. Wij hebben hem een kans gegeven.' Ik begrijp dat de chirurg zo redeneert, maar zo voelt het niet. Het voelt als falen.

## Rozengeur en maneschijn

Coschappen zijn misschien wel de meest waardevolle periode in je opleiding tot arts. Je leert kennis om te zetten in vaardigheden en je leert om beslissingen te kunnen (en durven!) nemen. Misschien nog wel belangrijker zijn de fouten die je maakt in dat proces. Die fouten maak ik later niet nog een keer. En als co kun je bijna blind vertrouwen op het vangnet – de superviserende arts of arts-assistent. Zonder coschappen of andere vorm van stage denk ik niet dat het mogelijk is om een goede arts te worden.

Maar het is niet allemaal rozengeur en maneschijn. Het contrast met het imago dat door de media (met name door televisieseries zoals Grey's Anatomy en ER) wordt geschetst is levensgroot. In het ziekenhuis is het hard werken, worden onregelmatige diensten gedraaid en duikt niet iedereen met elkaar de kast in. Ik verwacht geen medelijden, we kiezen zelf voor dit vak.

Terugkijkend op twee coschappen (interne en heelkunde) heb ik gemiddeld meer dan 50 uur per week gewerkt zonder daarvoor enige vorm van financiële beloning te krijgen. Dat betekent vroeg je bed uit en laat thuis komen. Ook 's avonds, 's nachts of in de weekenden aan de slag. Zonder dat ik er erg in heb gehad zie ik mijn vrienden minder vaak, heb ik minder tijd voor mijn hobby's en ben ik onbedoeld vier kilo afgevallen omdat ik soms niet aan lunch of avondeten toe ben gekomen. Dat vertelden ze er niet bij toen ik op de open dag van de universiteit kwam.

Gelukkig sta ik er niet alleen voor. Ik mag genieten van familie, vrienden, collega's en aardige patiënten. Die trekken me er doorheen als ik het even niet meer zie zitten. Ik heb het afgelopen coschap hoogte- en dieptepunten meegemaakt, maar dit coschap had ik voor geen goud willen missen. Ik heb er weer een fantastische tijd opzitten hier bij de Heelkunde, maar nu is het tijd om verder te gaan.

Op naar de psychiatrie!







# Psychiatrie

*Maandag 5 december 2011 t/m vrijdag 6 januari 2012*

## Anders, maar toch hetzelfde

Ik word wakker door de te luide gesprekken van *De Heren van de BAM* (zo noem ik liefkozend de werknemers van het aannemersbedrijf waar ik boven woon). Ik kijk op mijn wekker. Het is net voor 7:00 uur en ik hoef er nog niet uit. Het is buiten al licht aan het worden.

In tegenstelling tot de afgelopen weken zit ik in een drukke trein tussen de forenzen. Net voor 8:30 uur loop ik mijn nieuwe stageplek in. Een bedrijfspand in het hart van een grote Nederlandse stad. Een kleine wachtkamer verradt dat het een zorginstelling betreft, maar eigenlijk zie je daar aan de buitenkant niets van.

Dat is, bedenk ik me nu pas, een aardige analoog met het vakgebied waarin ik nu terecht ben gekomen. De psychiatrie houdt zich bij uitstek bezig met niet zichtbare problemen. Het gaat om stoornissen in het denken, voelen of doen. Mijn eerste associatie met de psychiatrie is Jack Nicholson die met een bijl door de deur komt, maar de mensen die ik hier zie lijken daar maar weinig op.

De eerste patiënt is een schizofrene vrouw, ongeveer van mijn leeftijd. Samen met de psychiater hebben we ruim de tijd om in gesprek te gaan. Niet alleen over de ziekteverschijnselen en de medicatie, maar vooral ook over wat de ziekte met de patiënt doet. Het is een emotioneel gesprek en een schrijnende casus. Ik zal u de details besparen, maar hier is echt sprake van 'lijdensdruk' en 'ziekteleed'.

Een psychiater is op heel veel fronten een andere arts dan zijn of haar collega's, maar een arts niettemin. De psychiatrische ziektebeelden uiteten zich ook anders dan somatische (lichamelijke) ziekten, maar het zijn wel degelijk *echte* ziekten waar mensen ook *echt* last van hebben.

Het beeld dat veel mensen hebben van de psychiatrie en haar patiënten is niet al te positief. Misschien maakt onbekend wel onbemind? Dat is onterecht. Daar ben ik na de eerste dag al achter. Ik ben benieuwd tot welke inzichten ik de komende maand nog meer mag komen.

## Acute psychiatrie

Eens per coschap heb ik een avond- en nachtdienst aansluitend op de dagdienst. Effectief ben je dan ruim 24 uur in touw, maar voor een dagje moet dat wel kunnen. Bovendien is dit een mooie kans om psychiatrische ziektebeelden in de acute setting te zien.

Als ik met mijn dienst begin zit er al een vrouw te wachten die door haar bezorgde behandelaar is gebracht. Zij is schizofreen en heeft al jaren last van achtervolgingswanen. 'Het complot' zit achter haar aan en probeert haar 'tijdslijn' negatief te beïnvloeden. Dat klinkt vrij bizar, en dat is het ook. Wat eigenlijk nog vervelender is, is dat zij imperatieve wanen heeft (stemmen die haar opdrachten geven). Stemmen die haar dwingen om zichzelf te verwonden. En daarom is ze hier. Haar behandelaar schat in dat ze zichzelf wat aan gaat doen.

In het gesprek met de psychiater wil ze niets zeggen. Ze is erg angstig en wil eigenlijk zo snel mogelijk het pand verlaten. Als de psychiater vraagt of er misschien iemand in de kamer is waarom ze niet wil praten wijst ze mij aan en zegt: 'Hij is onderdeel van het complot.'

Door mijn aanwezigheid wil ze niet praten. Ik zou nu uiterst grappig kunnen opstaan en verwijtend kunnen schreeuwen: 'Hoe wist je dat? Wie heeft je dat verteld!', maar dat gaat de situatie waarschijnlijk niet helpen. Ik voel me eigenlijk een beetje opgelaten en houd wijselijk mijn mond.

Later de avond zie ik een vrouw die onder lichte dwang van een brede broeder in een separeercel wordt gezet. Zij werd uit een kerk geplukt, omdat ze daar naakt rondliep en het 'Onze Vader' bleef schreeuwen. In de separeercel is het niet veel beter. Ze is niet benaderbaar, blijft luidkeels zingen en schelden en wil zich voortdurend uitkleden. Uiteindelijk plast ze op de grond en gaat er vervolgens in rollen. Als er later toch wat woorden gewisseld kunnen worden, blijkt dat zij de Messias is. Sommige mensen zijn hun hele leven op zoek naar de Heer. Ik hoop voor hen dat dit in ieder geval niet de belichaming van de Heilige Geest is, want anders is hun zoektocht denk ik voor niets.

Afijn, de gehele avond en nacht is het een aaneenschakeling aan bijzondere ervaringen. Ik kom voor de eerste keer van mijn leven in een politiecel (om een bipolaire patiënt te beoordelen) en wordt aldaar ten huwelijk gevraagd (wat ik overigens vriendelijk weiger). Aan het eind van de ochtendoverdracht ben ik kapot, maar ik heb zoveel leuke en leerzame dingen gezien dat ik dit voor geen goud had willen missen.

Maar nu eerst mijn bed in.

## Dagelijkse beslommeringen

In tegenstelling tot de ziekenhuissfeer van de interne en de heelkunde heerst er bij de psychiatrie meer een bedrijfscultuur. Iedereen begint op tijd (9:00) en begint zenuwachtig op zijn stoel te draaien als het laat wordt (17:15). Daarnaast neemt iedereen uitgebreid de tijd om te lunchen. De gesprekken van de dag doen me soms het meeste denken aan *Debiteuren Crediteuren* van Jiskefet. Zoals het een goede kantoor sfeer betaamd, moeten de werknemers zich druk maken over de kleine dingen des levens. Bijvoorbeeld over de koffie uit de automaat. Naar mijn weten staat automatenkoffie bekend als bijzonder slecht drinkbaar. Maar gelukkig heeft de instelling waar ik nu ben een automaat die niet aan de stelregel voldoet. Met een simpele druk op de knop komt er Wiener melange of een lekkere Espresso uit. Ik vind hem prima.

Tot afgelopen maandag dus, want in het kader van de economische crisis (aldus het management) moeten de automaten vervangen worden door standaardautomaten waar alleen 'Cafe crème' (prut) of 'Thee' (heet water dat smaakt naar prut) uit komt. In de drie dagen dat het apparaat er nu staat hebben al meer dan 50 (!) mensen hun naam en handtekening gezet op de petitie die op de nieuwe automaat prijkt. Ik ben bang dat het een lange strijd wordt waarin de werknemers het moeten afleggen.

Maar het is niet alleen kommer en kwel alhier. We hebben een gezellige receptioniste en planten in de wachtkamer. Hier en daar hangt (gerepliceerde) kunst aan de muur. Mij doet het niet zoveel, ik ben niet zo artistiek onderlegd. Soms heb ik moeite om de nuances van de grootmeesters te waarderen. Maar anderen vinden het mooi, en daarmee is het voor mij goed genoeg.

Wie er precies gaat over de kunst aan de muur is mij niet bekend, maar ik weet niet goed wat hij of zij dacht toen het hiernaast afgebeelde kunstwerk aan werd gedragen om opgehangen te worden. Ter beeldvorming: de onderstaande creatie is 3 bij 2 meter. De randen zijn krom getrokken omdat het niet in een lijst zit. Het hangt nog net niet scheef.

Het wandornament heet *de blijde alien* en ik moet elke keer weer intern lachen als ik er langs loop met een cliënt. Kunt u zich voorstellen dat dit – uitgerekend dit – kunstwerk in een psychiatrische instelling hangt?



**Afbeelding 4:** Onbekende schilder – de blijde alien

## Scheidingslijn

Tijdens het coschap psychiatrie maak ik op een hele intensieve manier contact met patiënten. Per gesprek ben ik soms wel meer dan een uur met iemand aan het praten en vraag ik hem of haar het hemd van het lijf. Alle details zijn belangrijk, want de nuances maken het verschil in de psychiatrie. De lijn tussen wel eens fantaseren dat je bijzondere krachten hebt of ervan overtuigd zijn dat je ze hebt is soms maar dun. Nog daargelaten of de patiënt die krachten ook daadwerkelijk bezit.

Ik weet van sommige coassistenten dat ze het lastig vinden om het werk van zich af te zetten. Het lukt mij aardig om mijn werk op mijn werk te laten. Ik lig niet elke avond wakker van de nare dingen die ik overdag zie, maar zo af en toe heb je een patiënt die je dieper weet te raken. Zo zag ik een jongen die erg depressief was. Hij was daarbij de werkelijkheid uit het oog verloren en zijn studie was in het slop geraakt. Zo langzamerhand krijgt hij de zaken weer op de rit. Inmiddels heb ik zijn ouders en oudere zus ontmoet. Zijn gezondheidstoestand gaat mij aan het hart. Het raakte mij daarom best wel diep toen hij afgelopen gesprek vertelde dat hij toch weer suïcidale gedachten had.

Een paar dagen later loop ik hand in hand met mijn vriendin. Gewoon op een vrije zaterdagmiddag shoppen in de stad. Ineens spreekt iemand me aan.

'Hey, hoe is ie?' Het is de eerdergenoemde jongen.

'Goed, jij?', is mijn antwoord. Terwijl ik het zeg bedenk ik me dat het niet het beste is wat ik hem kan vragen. Gisteren hebben we nog ruim een uur gepraat over de nare gedachten die hij heeft. Ik zit er ook eigenlijk niet op te wachten om hier, in mijn weekend, dat gesprek nog eens dunnetjes over te doen. Zeker niet in het bijzijn van mijn vriendin. Gelukkig antwoordt hij sociaal wenselijk.

'Goed hoor. Spreek je komende week wel weer.' We vervolgen onze weg. Als mijn vriendin vraagt wie hij was, kan ik het afdoen met 'iemand van stage'.

Misschien heeft elk beroep dit wel, maar ik voelde me op dat moment verantwoordelijk voor hem. Ik weet niet goed wat ik gedaan zou hebben als hij mij op dat moment als behandelaar had aangesproken.



## Penitaire psychiatrie

Ik krijg een *unheimlich* gevoel als ik naar binnen ga. Er is een metalen detectiepoortje, het personeel is in uniform en er hangen camera's die mij in de gaten houden. Ik moet alle waardevolle spullen afgeven en die worden in bewaring genomen. Ondanks de wetenschap dat ik hier vanmiddag weer weg ben, wil ik hier eigenlijk niet zijn. De gevangenis is geen pretje.

Het penitaire systeem is met name gericht op plegers van delicten, maar soms zijn die misdaden gepleegd in het kader van psychiatrische ziekten. Moorden, brandstichting en andere vreselijkheden, menig schrijver van een horrorfilm kan hier zijn hart ophalen.

Nadat ik een korte rondleiding heb gekregen over het reilen en zeilen van een psychiatrische penitaire afdeling mag ik samen met de patiënten gaan luchten. Luchten is het werkwoord voor even naar buiten gaan. Ik loop met de bewakers mee over de binnenplaats. Sommigen spelen basketbal, anderen ijsberen maar wat en een paar patiënten praten met elkaar. Ik besluit, op advies van de toezichthouder, een gesprek aan te knopen met een jongeman die alleen rondloopt.

'Life is irrelevant. People are irrelevant. Death is irrelevant.'

Dat zijn de woorden die ik opvang als ik bij hem in de buurt kom. Als ik hem aanspreek komt het contact moeizaam op gang, maar al vrij snel ben ik ervan overtuigd dat deze man het spoor een beetje bijster is. Hij zou Satan zijn en een oplossing weten voor de problemen in de wereld. Die oplossing zou hij prima eigenhandig willen uitvoeren, één voor één...

Ik maak kennis met een oudere man in een net pak die in overleg is met een andere gedetineerde. Hij vertelt dat hij bijna vrij komt en dat er dan grootse dingen gaan gebeuren. Hij heeft een oplossing voor de economische crisis. Als ik hem vraag wat die oplossing is, wil hij dat niet vertellen, want anders zou ik ermee aan de haal gaan. Op zich een goede gedachtegang. Hij wil wel uit de doeken doen dat hij binnen 48 uur wel meer dan een miljoen zou kunnen verdienen, daarmee een kasteel in Frankrijk zou kopen om daar vervolgens een kippen-slachterij op te zetten. Iets in mijn onderbuik zegt mij dat hij iets te maken heeft met de leegstand van het kippenhok op de binnenplaats.

Ik ben blij dat ik deze bijzondere ervaring heb mogen opdoen, en ik ben net zo blij dat deze mensen nog even binnen de muren van de gevangenis vertoeven.

## **Altijd maar presenteren**

Naast (lange) werkdagen waarin we meedraaien in de dagelijkse praktijk, thuis studeren en opdrachten uitwerken voor de terugkomdagen worden wij geacht om elk coschap een- of tweemaal te presenteren. Daar zijn een hoop goede redenen voor te noemen, maar het is wel extra werk naast het drukke bestaan van een co. De goede redenen dan maar. Allereerst zijn de presentaties een goed moment om kennis te toetsen. Tijdens het presenteren worden er vragen gesteld over het onderwerp. Als je een beetje je best hebt gedaan en je hebt ingelezen in het onderwerp kun je de meeste vragen wel beantwoorden. Er is ook altijd een vraag die je niet kunt beantwoorden. Daar was ik in het begin heel bang voor, maar eigenlijk is dat alleen maar goed. Ik realiseer me dat ik niet alles weet en dat er nog een hoop te leren valt. Een andere reden voor presenteren is kennisoverdracht. Meestal maak je een presentatie aan de hand van een klinisch probleem dat je in de praktijk bent tegengekomen. Of je bijvoorbeeld beter medicijn A of B kunt geven. Op dat moment maakt de arts een keuze en krijgt de co de taak mee om nou eens uit te zoeken wat in dit geval de beste keuze was. Dat wordt vervolgens teruggekoppeld aan de groep zodat iedereen in de toekomst daarmee uit de voeten kan.

Dat is ook de insteek van de bijeenkomst op de dinsdagmiddag. Alle psychiaters en paramedici zijn uitgenodigd op een soort onderwijsmiddag. Mijn presentatie is daar een onderdeel van. Ik heb er, zoals gebruikelijk, weer te veel tijd ingestoken. Ik denk dat het een mooi verhaal is geworden. Samen met mijn collega co ben ik iets voor 16:00 uur in de onderwijsruimte. Er is nog niemand, maar dat komt vast wel goed. Uiteindelijk komt tien minuten later onze beoordelaar binnen. Ze excuseert zich dat ze wat aan de late kant is en stelt voor dat we direct gaan beginnen.

Daar sta ik dan, in een grote onderwijsruimte met daarin drie mensen. De beoordelaar, mijn mede co en ikzelf. Tot zover het argument dat presenteren onderdeel uitmaakt van het onderwijs. Het praatje gaat goed, de beoordelaar heeft geen vragen en geeft me een 9 voor mijn presentatie. 'Zeer informatief en goed uitgewerkt', is de feedback. Alleen jammer dat de informatie niet verder komt dan deze drie mensen. Het voelt alsof ik werk voor niets heb gedaan.

## Weer een coschap afgesloten

Het einde van het coschap psychiatrie komt in zicht. Ik heb hele bijzondere dingen gezien, waarvan ik een aantal in geuren en kleuren heb beschreven. Maar het merendeel van de dingen die gezien heb zijn de 'eenvoudige' depressies of de angststoornissen. Begrijp me niet verkeerd, het zijn ernstige ziektebeelden, maar het weet me niet te boeien zoals andere vakgebieden. Ik ben er niet minder enthousiast om, maar ik vind het niet erg dat dit mijn laatste week binnen de psychiatrie is. En daarmee wordt langzaam duidelijk dat ik geen psychiater in de dop ben. Dat vind ik ergens wel jammer, want buiten de zeer aantrekkelijke werktijden vind ik het een interessant werkveld. Als iemand zonder blikken of blozen kan beweren dat hij nog een miljoen euro van Bill Gates tegoed heeft terwijl hij als zwever in het park woont, dan is dat wel bijzonder. Maar de praktijk, het contact met de patiënten die je elke dag ziet, gaat me tegen staan.

En daarom ben ik niet geschikt voor dit vak. Ik denk dat je een specialisme moet kiezen niet voor de bijzondere of spectaculaire zeldzaamheden, maar voor de bulk die je dagelijks moet wegwerken. Stel dat je neurochirurg wilt worden omdat je hersenoperaties zo mooi vindt, dan moet je ook realiseren dat veel van je tijd op gaat aan herniaoperaties. Je patiënt zal je even dankbaar zijn, maar de voldoening die je uit je werk haalt bepaalt of je er oud mee kan worden of niet.

Ik vind het heel bijzonder dat de mensen in de geestelijke gezondheidszorg zoveel geduld en compassie kunnen opbrengen ondanks dat ze vele jaren in het vak zitten. Ik ben blij dat ik een maand heb mogen kijken in de keuken van de psychiatrie, maar ik vind het niet erg dat ik volgende week mag starten bij de meer abstractere kant van de hersenen: neurologie.



# **Neurologie**

*Maandag 9 januari t/m vrijdag 3 februari 2012*

## **Ik ben een kameleon**

Ik weet niet precies waarom, maar in elk ziekenhuis werken de dingen anders.

Elk coschap begint met een introductieochtend. Daar wordt verteld waar ik me moet melden, waar ik mijn dienstkleding kan halen en hoe de piepers werken. Door een uitgebluste IT-er (herintreder?) wordt ik wegwijz gemaakt in het computersysteem. Er zijn, zoals altijd, vele onlogische handelingen nodig om bijvoorbeeld zoiets simpels als laboratoriumuitslagen op te vragen. Het hoort erbij en ik laat het over me heen komen.

Er zitten overigens ook wel voordelen aan. Je ziet in korte tijd de voor- en nadelen van verschillende methodes van werken. Het ziekenhuis waar ik nu werk heeft mobiele telefoons in plaats van piepers, dus hoef je niet meer te zoeken naar een telefoontoestel als je pieper gaat. Doordat de volledige statusvoering en alle aanvragen via de computer gaan, besparen ze bossen papier. Nadeel daarvan is dat interne berichtgevingen soms *lost in the void* raken en nooit meer te traceren zijn. Je bent afhankelijk van de Heren van de Helpdesk.

Na het introductieprogramma mag ik me dan eindelijk op de afdeling melden. Daar moet ik me, net zoals bij vorige coschappen, ongeveer 30 keer voorstellen. Artsen, verpleegkundigen, teamleiders, secretaresses. Zoveel gezichten en indrukken om in korte tijd in te prenten. Ik denk dat mijn brein een gelimiteerd aantal vrouwennamen dat ik per dag kan onthouden. Ik doe een verwoede poging om Anne van Anouk en Marian van Marja te onderscheiden. Het lukt me meestal niet. Verpleegkundigen van Nederland: het spijt me dat ik jullie namen niet altijd kan onthouden.

Dat is misschien wel het zwaarste van de coschappen: elke maand opnieuw moeten integreren in een werkomgeving. Ik hoorde van een docente ooit de volgende uitspraak, waar ik nu pas de waarde van inzie.

'Je moet een kameleon zijn, maar wel met behoud van je eigen kleur.'

## **Keerzijde van de medaille**

Ik heb vandaag een ontdekking gedaan: de zorg kent twee typen patiënten. Een groep die beter wordt en een groep die nooit meer beter wordt. Dat klinkt niet heel spectaculair. Misschien is het een beetje gênant dat ik het pas na zoveel jaar studie ontdek, maar het heeft verstrekkende gevolgen.

Op de afdeling neurologie liggen veel mensen die nooit meer beter zullen worden. Die tot enkele uren voor hun opname nog 'niets' mankeerden. Een kleine hersenbeschadiging door een bloedpropje kan ervoor zorgen dat ze nooit meer zinnige woorden kunnen spreken. Of dat ze hun vrouw niet meer herkennen. Of verlamd in bed liggen. Het zijn stuk voor stuk schrijnende verhalen.

De moderne geneeskunde kan er gelukkig nog wel iets aan doen. Afhankelijk van hoe snel patiënten in het ziekenhuis zijn en wat de oorzaak is, kunnen klachten als sneeuw voor de zon verdwijnen met behulp van medicatie. Dat ziet er indrukwekkend uit. Mensen knappen binnen enkele minuten op. Dat zijn de leuke verhalen, maar daar kun je het toch niet alleen maar voor doen?

Want de keerzijde van de medaille is dat er mensen zijn die niet te genezen zijn. In dat geval is de behandeling alleen ondersteunend. Ik dacht altijd dat de behandeling dan diende om de behandeldrang van de arts of omgeving te stillen, want artsen kunnen patiënten net zo goed onder een palmboom in de zon leggen. De uitkomst verandert er niet door, maar misschien geeft die palmboom (en het bijbehorende klimaat) wel meer 'kwaliteit van leven'.

Kwaliteit van leven, dat is de term waar het allemaal om gaat, want genezen kan soms niet meer. Maar de kwaliteit van het leven dat overblijft is belangrijk.

Bij de afdeling neurologie leer ik dat ik mensen nog kan helpen ondanks dat ik ze niet kan genezen. Tot mijn verbazing merk ik dat patiënten misschien nog wel dankbaarder zijn dan bij curatieve ('genezende') zorg.

## NSVIP

Eens in de zoveel tijd wordt er een voetballer weggedragen van het veld. Dan lees je de dag erna in de krant dat er op dezelfde avond een MRI gemaakt kon worden waarop te zien was dat het letsel waarschijnlijk wel meevalt. Ik verbaas me er dan over dat het dan ineens wel mogelijk is om acuut een MRI te regelen zonder spoedindicatie. Dat wordt alleen maar gedaan omdat het om een 'belangrijk' persoon gaat.

Of een knaap van 20 jaar, die goed tegen een bal kan schoppen, belangrijk is voor de maatschappij is een andere discussie. Maar blijkbaar werkt het in de wereld zo. Als je belangrijk bent gaan er andere deuren voor je open. Dan kun je gewoon naar het ziekenhuis komen en daar staan ze met open armen voor je klaar. Voor de rest van de wereld, zegmaar voor u en mij, is de werkelijkheid anders. De arts maakt uit of je een MRI nodig hebt en zo ja, dan kom je op de wachtlijst.

Er zijn in Nederland een aantal mensen die denken dat dit concept niet voor hen opgaat. Zij leven in de veronderstelling dat ze in de groep 'belangrijke mensen' vallen. Zij verwachten dat alles wel te regelen valt. Op de spoedeisende hulp zit een welgestelde vrouw van begin 60. Ze werd onderweg naar de golfclub wat duizelig en voelde zich niet goed. Het golfen ging verder wel aardig, maar naderhand reed ze toch maar even door naar de spoedeisende hulp om even te laten controleren of 'alles in de bovenkamer nog wel goed zat.'

Vorbijgaande milde duizeligheid is geen reden om alles uit de kast te halen. Na een zorgvuldige anamnese en lichamelijk onderzoek kunnen mijn supervisor en ik ernstige oorzaken uitsluiten. Toen we haar dat vertelden was de wereld te klein. Belachelijk dat we haar 'zomaar, zonder MRI ofzo' naar huis stuurden. Hier zou ze werk van maken, want dit was toch echt ondermaatse zorg.

Lieve mevrouw. U bent net als de rest van de wereld niet belangrijk genoeg. U bent een *Not So Very Important Person*.



## The Woman Who Cried Wolf

'Daar zijn we weer', roepen de ambulancebroeders vrolijk door de gang.

Op de brancard ligt een vrouw van 45 jaar. Ze komt met rugklachten. Ze had er gisteravond al last van, nadat ze een onverwachte beweging maakte. Ze had via de huisartsenpost wel pijnstillers gekregen, maar die had ze niet genomen. Toen de hond aan de lijn trok bij het uitlaten schoot het erin en kon ze nergens heen. Dus belde ze 112.

Mevrouw is een bijzonder casus. Afgelopen zes jaar is deze vrouw 74 keer op de spoedeisende hulp geweest. Geen enkele keer was er iets aan de hand wat acuut medische zorg vereiste. Bijna alle hulpverleners uit de regio kennen deze mevrouw bij naam. Uit haar dossier kan ik opmaken dat ze in het hele ziekenhuis wel eens onder behandeling is geweest.

Ondanks dat ik dit weet, moet ik de klachten toch serieus te nemen. Ik onderzoek haar volledig op neurologisch gebied en kan het niet nalaten om voor de zekerheid ook haar hart, longen en buik na te kijken. Hoe goed ik ook mijn best doe, ik kan er niets van maken. De assistent hoort mijn verhaal aan. Ik ben volledig. Zeer volledig. De assistent onderzoekt voor de zekerheid de belangrijkste zaken nog een extra keer en legt aan mevrouw uit dat ze erg geschrokken is, maar dat ze zich nergens zorgen om hoeft te maken. Vervolgens staat mevrouw op uit bed en gaat lopend naar huis. Net zoals alle andere keren.

Dit verhaal doet me denken aan een van de fabels van Aesopus, waarin een jongen herhaaldelijk voor niets om hulp roept. De mensen die hem te hulp schieten zijn het op een gegeven moment zat en komen niet opdagen als hij een keer terecht om hulp roept. De jongen wordt opgegeten door de wolven omdat niemand hem komt helpen.

Het is aanlokkelijk om mevrouw de volgende keer snel de deur uit te willen werken omdat het waarschijnlijk 'toch weer niets is'. Maar ja, ook 'gekke' mensen kunnen acute zorg nodig hebben. Dat wil je ze toch niet onthouden.

Toch?

## Alle begin is klein

Voor het eerst heb ik een eigen kamer. Zo één met je naam op de deur. Nou ja, er staat 'coassistent' op, maar dat komt voor mij genoeg in de buurt van een naambordje. 's Ochtends kan ik hem open doen, mijn jas ophangen en ik kan hem 's avonds weer op slot doen. Wat mij betreft is dit *mijn* kamer.

De afmetingen van mijn kamer zijn ongeveer 3,5 bij 2 meter. Er zijn geen ramen, er is alleen een deur. In de kamer staan een onderzoeksbank, twee stoelen en een bureau met een computer. Mede door, of misschien wel dankzij, mijn organisatiedrang is het goed werkbaar. Ik heb een paar printjes gemaakt van neurologische platen om de boel een beetje op te leuken. Eigenlijk is het best een mooie kamer.

Er staan patiënten voor mij ingeroosterd. Het is ongelooflijk, mensen die voor *mij* naar het ziekenhuis komen. Deze nieuwe patiënten mag ik van top tot teen onderzoeken en een initiële diagnose stellen. Natuurlijk overleg ik alles nog met de neuroloog. De neuroloog kijkt nog even de belangrijkste dingen na en zet vervolgens zijn digitale handtekening onder mijn verhaal. Het geeft een goed gevoel als mijn beleid zonder wijzigingen wordt overgenomen.

Er gebeuren ook vreemde dingen op de poli. Assistentes halen koffie of thee voor me. Dat vind ik een beetje onnodig, want ik kan prima mijn koffie of thee halen. Meestal doe ik dat dan ook voor de rest van de afdeling, maar blijkbaar ben ik nu belangrijk genoeg dat mensen koffie voor mij halen.

Voor een arts gelden vreemde privileges. Ik vind het zelf wat overtrokken, maar wie ben ik om dit gegeven paard in de bek te kijken?

## Media hebben de macht

Iedereen heeft wel eens hoofdpijn gehad. Meestal gaat dat vanzelf weer over, soms gaat het pas over na een paracetamol. Een enkele keer blijft het aanhouden. Soms kan de oorzaak wel achterhaald worden (bijvoorbeeld migraine of clusterhoofdpijn) en kan er iets aan gedaan worden. Als de oorzaak niet duidelijk wordt, dan is dat hinderlijk. En dan gaat u naar de neuroloog. Althans, eerst zit ik voor u. U bent niet de enige vandaag, want elke dag zie ik zo'n vijf nieuwe patiënten met hoofdpijn. Hoe verschillend de patiënten ook zijn, ze hebben één ding gemeen. Ze zijn bang voor een hersentumor en willen graag een MRI.

De kans op een hersentumor is niet zo vreselijk groot. Toegegeven, de kans om geraakt te worden door bliksem is aanzienlijk kleiner, maar u heeft jaarlijks een grotere kans om te overlijden ten gevolge van een verkeersongeval dan om een hersentumor te krijgen. Maar goed, dat neemt niet weg dat mensen er bang voor kunnen zijn. Waar komt die angst dan toch vandaan?

Iedere hoofdpijnpatiënt kent een verhaal van iemand met een hersentumor. Deze verhalen worden doorgegeven, bijvoorbeeld via kranten, televisie of internet. We delen deze verhalen met elkaar, omdat het nieuwswaarde heeft. Een hersentumor komt niet zo vaak voor en is dus nieuwswaardig en spectaculair. Geen journalist die een artikel gaat wijden aan een verstuurde enkel of eczeem. Mensen lezen de verhalen over zeldzame ziekten en projecteren het dan, onbewust, op zichzelf.

Ik doe mijn onderzoek naar hoofdpijn elke keer zorgvuldig. Als ik daarna met de neuroloog overleg over het te voeren beleid belanden we elke keer in dezelfde discussie. Ik heb geen alarmsymptomen gevonden en zie eigenlijk geen reden om een MRI te maken. De neuroloog deelt mijn mening, maar vraagt toch een MRI aan. Als ik hem vraag waarom geeft hij het volgende antwoord:

'Je hangt aan de hoogste boom en je staat met je kop op de voorpagina van de Telegraaf als je een hersentumor mist omdat jij geen MRI wilde maken. Hoe onwaarschijnlijk klein die kans ook is, ik wil het risico niet lopen. Een MRI ter geruststelling.'

Zo lang de media bepalen wat er in de spreekkamer moet gebeuren, zie ik de kosten voor de zorg voorlopig nog niet dalen.

## Beroepsdeformatie

Als je te lang en te serieus met je werk bezig bent, ga je vanzelf woorden en gebruiken van je werk in je persoonlijke leven integreren. Een herkenbaar voorbeeld is de juf van een basisschool die op dezelfde manier tegen haar vrienden praat als tegen haar kleuters. Af en toe is het wel eens goed om weer als een vijfjarige aangesproken te worden.

Dat geneeskunde een intensieve studie is, zullen weinig mensen ontkennen. De medische wetenschap en patiëntenzorg worden een belangrijk deel van je leven. Zet twee artsen of geneeskundestudenten naast elkaar en ze gaan vanzelf met elkaar over het vak praten. Vaak in een taal die voor buitenstaanders maar beperkt te volgen is. Als vrienden na een minuut of tien zeggen dat het wel weer genoeg is geweest, besef ik dat het voor buitenstaanders niet altijd even interessant is om er naar te moeten luisteren. Ook het gevoel voor humor moet eraan geloven.

Enkele Duitse collega's hebben denk ik het toppunt van beroepsdeformatie bereikt. Zij publiceerden in een wetenschappelijk tijdschrift een zeer grondige analyse over de hersenletsels in de Asterix en Obelix stripboeken.<sup>14</sup> Daarin hebben zij 700 cases gevonden en de resultaten liegen er niet om. De etnische achtergrond (Romeins) is een grote risicofactor voor het krijgen van ernstige hersenschade. Dit uit zich onder andere in een hypoglossusparese (de tong die schuin uit de mond steekt) en bewustzijnsverlies. Het dragen van een helm is, in tegenstelling tot andere wetenschappelijke onderzoeken, geen beschermende factor. De onderzoekers vermoeden dat de bekende 'toverdrank' hierbij de versturende factor is.

Het geheel is keurig met statistische analyses en tabellen weergegeven. Er worden kritische noten geplaatst over de generaliseerbaarheid en de follow-up van het onderzoek. Er volgt zelfs een fantastische aanbeveling voor vervolgonderzoek.

Ik schaam me een beetje dat ik dit artikel met veel plezier gelezen heb. Artsen zijn ook een beetje nerds. Laat ons lol hebben in onze nerderigheid.

---

<sup>14</sup> Kamp MA, Slotty P, Sarikaya-Seiwert S, Steiger HJ, Hänggi D. Traumatic brain injuries in illustrated literature: experience from a series of over 700 head injuries in the Asterix comic books. *Acta Neurochir* 2011 Jun;153(6):1351-5.

## Baat het niet...

*(...) [patiënten hebben] een verminderde weerstand tegen infecties of hebben een slaperig gevoel maar kunnen toch de slaap niet vatten. Wanneer je nooit droomt of je kan je 's morgens je dromen niet meer herinneren, is de kans groot dat je een tekort aan pyridoxine hebt.*

Het is een passage uit één van de vele sites op het internet met (goedbedoelde? commerciële?) adviezen over de gezondheid. Veel van die sites zien eruit alsof ze van een gerenommeerd instituut zijn of geschreven zijn door een beroemde arts of publicist.

In de regio waar ik nu mijn coschappen loop wonen veel mensen die erg bezig zijn met 'kwaliteit van leven'. Die hebben er geld voor over om meer (of langer) te genieten van het leven en maken graag gebruik van dit soort semi-wetenschappelijke bronnen. Zo ook de vrouw die voor mij zit. Ze heeft gevoelsstoornissen in de benen. Omdat ze niet de eerste is met dergelijke klachten kan ik snel achterhalen dat deze klachten het gevolg zijn van een vitamine B6 intoxicatie (overschot). De concentratie is twintig keer boven de 'gezonde bovengrens'. Dat komt omdat ze in de natuurwinkel vitamine B6 supplementen heeft gekocht. Ze slikte, op advies van de verkoper, twee tabletten per dag. Na de diagnose is ze daar direct mee gestopt, maar het is afwachten of de klachten geheel verdwijnen, of dat er blijvende schade is opgetreden.

Naar aanleiding van deze casus ben ik de eerstvolgende zaterdag langs een winkel gegaan waar ze dit soort natuurproducten verkocht wordt. Ik heb me verbaasd over de producten die daar in de schappen staan (met soms wel 2000% de dagelijkse aanbevolen hoeveelheid van bepaalde stoffen), de prijzen die mensen er met liefde voor betalen en de manier waarop de verkoopster pretentieuze adviezen geeft.

Ik wil niet beweren dat ik de wijsheid in pacht heb en ik ben niet sceptisch over alternatieve of natuurgeneeswijzen, maar ik denk wel dat de spreuk uit de titel van dit stukje volstrekt onwaar is. Ik vind het een schande dat er mensen zijn die misbruik maken van de goedheid (of naïviteit) van andere mensen, die daardoor soms blijvende medische schade oplopen.

Misschien is dat wel een mooie wijze les als afsluiting van het coschap neurologie. Zo lang er geld verdiend kan worden aan uw gezondheid zullen er beunhazen en laaiechters blijven bestaan.



# **Gynaecologie & Verloskunde**

*Maandag 6 februari t/m vrijdag 2 maart 2012*

## Het verschil tussen ‘eruit snijden’ en ‘eruit vallen’

De eerste twee weken van dit coschap ben ik betrokken bij de verloskunde. Jawel, de kunst van het verlossen. Dat klinkt alsof het een delicate procedure is. Ik kan u uit de droom helpen – dat is niet zo.

Op de verloskamers liggen een paar hoogzwangere vrouwen.

‘Die kunnen er in de loop van de dag uitvallen’, zegt de zaalarts als ik me ‘s ochtends net voor 8:00 me kom melden voor mijn dienst. Mijn beperkte ervaring met bevallingen is dat de zwaartekracht er absoluut niets mee van doen heeft. Bevallen is zo’n beetje de grootste lijdensweg die een vrouw kan doorstaan. Althans, die indruk laten ze op mij achter. Als ze enkele uren later met tranen in hun ogen verklaren dat ze het voor geen goud hadden willen missen weet ik het zeker. Ik begrijp echt niets van vrouwen.

Op de monitor in de artsenkamer lopen enkele grafiekjes over het scherm. Met een cardiocotogram (CTG) kunnen we de conditie van het kindje in de gaten houden. De mevrouw op kamer 3 laat al een tijdje een ‘strak CTG’ zien. Na enige uitleg van de assistent zie ik ook wat zij ziet. De nog ongeboren baby is er niet zo goed aan toe.

‘Mazzel voor jou, mag je mee naar OK. Even die baby eruit snijden.’

Ik sta te klapperen met mijn oren. Ik heb nog nooit een keizersnede gezien, maar ik vind eruit snijden niet hoopvol klinken. Het CTG herstelt zich even later weer, dus er wordt nog even gewacht met het eruit snijden. Ik weet niet goed of ik daar blij of teleurgesteld over moet zijn, maar ik zal vast later nog wel eens een keizersnede te zien krijgen. Het is fijn voor de mevrouw op kamer 3, want nu hoeft ze niet geopereerd te worden. Of het is juist niet fijn, want nu ligt ze alweer te creperen van de weeën en wil ze meer pijnstilling. Ik weet het niet meer zo goed.

Als het net voor 18:00 is, zit mijn dienst erop. Ik heb geen kinderen geboren zien worden vandaag, maar toch een ik hoop geleerd. Verloskunde is een onvoorspelbaar vak waarin de keuzes lang niet zo makkelijk zijn als ze lijken.



## Het vertrouwen in de co

Coassistenten zijn een radertje in de grote machine van het ziekenhuis. Natuurlijk zijn we er om te leren, maar er is ook veel werk te doen. Over het algemeen nemen coassistenten buisjes bloed af en zetten ze infusen. Dat doen ze omdat ze daar tijd voor hebben, want de zaalarts heeft zijn tijd hard nodig om andere zaken te regelen. En juist omdat ze het vaak doen, worden ze er vaardig in.

Sinds het begin van mijn coschappen heb ik 78 keer bloed afgenomen en 103 infusen gezet. Natuurlijk prik ik ook wel eens mis, maar over het algemeen gaat het bij de eerste poging gelijk goed. Medecoassistenten vragen mij om eens te kijken bij iemand waar zij al meerdere keren mis hebben geprikt. Ook van artsen heb ik al vaker te horen gekregen dat ik een lastig infuus netjes heb gezet. Volgens mij ben ik er best goed in geworden.

Maar bij de verloskunde maakt dat allemaal niet uit. Ik ben 'de co', en niet 'de dokter'. De vrouwen die opgenomen liggen op de afdeling verschillen op een kritiek punt van de patiënten op andere afdelingen: ze zijn eigenlijk niet ziek. In principe is zwangerschap geen ziekte maar een bijzondere fase in het gezonde leven – enkele uitzonderingen daargelaten. Toch nemen zwangere vrouwen graag de patiëntenrol aan.

Ik denk dat het daardoor komt. Op andere afdelingen zijn patiënten over het algemeen erg geduldig en tolerant als het aankomt op zaken zoals het prikken van een infuus en daarvoor ben ik erg dankbaar! Maar op de verloskunde doet zelfs het kleinste naaldje vreselijk zeer en willen de (veeleisende?) vrouwen toch dat de arts komt prikken. Soms word ik ook direct geweigerd, nog voordat ik maar iets gedaan heb.

Ik heb respect voor de wensen van mensen, maar ik vind het vervelend om aan de kant gezet te worden door de titel die op mijn personeelspas staat. Ik vrees dat er niets anders op zit dan nog een paar maanden te wachten. Dan ben ik 'de dokter' en krijg ik het vertrouwen wat ik nu niet krijg.

## Ook zorg voor papa

Samen met de assistent haast ik me naar OK. De keizersnee die moet gebeuren stond niet op de planning. Mevrouw is een Franse toerist en zou eigenlijk pas over 4 weken bevallen, maar vanwege foetale nood<sup>15</sup> moet het hier en nu gebeuren.

Als we op OK aankomen ligt mevrouw al op tafel. De anesthesist is bezig om een ruggenprik te zetten. Mevrouw spreekt gebrekkig Engels, en is door alle consternatie ook niet meer in staat om iets zinnigs uit te brengen. Dat kan ik me ook wel een beetje voorstellen. Ineens lig je in een vreemd ziekenhuis waar iedereen een andere taal spreekt, zonder familie en vrienden en moet je ineens een operatie ondergaan. Dat moet toch een beetje een schok zijn.

Terwijl de gynaecoloog en de assistent zich klaarmaken voor de ingreep blijf ik achter op OK. Vandaag heb ik een observerende rol. Dat vind ik niet zo erg, want snijden is niet zo mijn ding. Ik ben eigenlijk hier niets aan het doen, behalve kijken dan. Het valt me op dat er in de ruimte nog iemand zit die niets aan het doen is: de vader. Hij ziet er aangeslagen uit. Waarschijnlijk zijn keizersnedes niet zijn dagelijkse bezigheid. Daarnaast ging hij er natuurlijk vanuit dat het feest pas over vier weken zou beginnen. Ik besluit hem even op sleeptouw te nemen, want over ongeveer een kwartier moet hij de rol van vader gaan vervullen. En zoals hij er nu bij zit, lijkt hij daar nog niet helemaal klaar voor. In rustig en simpel Engels (want ik heb bij Frans nooit zo goed opgelet) vertel ik hem wat er gaat gebeuren. Hij lijkt wat op te fleuren.

Als de ingreep is afgerond en er een gezond jongetje is geboren maken de gynaecologen zich weer uit de voeten. Terwijl we teruglopen naar de afdeling verontschuldigt de assistent zich.

'Sorry dat je vandaag niets hebt kunnen doen op OK.'

Ik besluit de assistent in die waan te laten.

Ik denk dat ik vandaag een hele belangrijke taak op OK heb gehad. Zorg is meer dan het medisch-technische handelen. Bij verloskunde moet er ook oog zijn voor papa.

---

<sup>15</sup> Foetale nood is een noodsituatie van het (nog) ongeboren kindje, waarop vaak direct ingrijpen noodzakelijk is.

## De weg naar succes

Gisteren was een collega co er niet. Vandaag zit ze weer bij de ochtendoverdracht. Ze ziet er niet ziek of moe uit, maar ik vraag het toch maar:

‘Gaat het weer wat beter?’

Ze kijkt me vragend aan. Ik ging er vanuit dat ze ziek was. Of ze had iets bijzonders moeten hebben gehad (een bruiloft of een begrafenis), maar daar zou ik waarschijnlijk wel van gehoord hebben.

‘Oh nee hoor. Ik was niet ziek. Ik neem elk coschap wel 1 of 2 dagen vrij. Gewoon een dagje voor mezelf. Lekker shoppen.’

Ik ben met stomheid geslagen. Mijn naïviteit blijkt groter dan ik dacht. Een dagje voor jezelf? Kan dat zomaar dan? Ik zit vol vragen over het hoe en waarom. Sterker nog, toen ik een dag vrij vroeg omdat mijn neef ging trouwen was dat maar allemaal lastig. Ter compensatie kon ik wel een extra weekenddienst draaien. En zo geschiedde.

Ik ben waarschijnlijk het type dat op zijn 35ste met een burn-out thuis zit omdat ik onvermoeibaar aan het werk blijf. Vroeg aan het werk en laat naar huis. Ik voel me medeverantwoordelijk voor de taken die moeten gebeuren en ‘s avonds zoek ik nog dingen na waar ik overdag niet aan toe ben gekomen.

Een week later hoor ik dat ze een 9 heeft gekregen voor het coschap. Omdat ze zo goed haar best heeft gedaan en zo hard gewerkt heeft. Ik begrijp er niets meer van. De weg naar succes is blijkbaar niet om druk bezig te *zijn* met je werk, maar druk te *lijken* met je werk. Weer een wijze les geleerd.

## Puffen tot ik een ons weeg

Zoals zoveel dingen in het moderne leven is ook de zwangerschapsperiode gecommmercialiseerd. De opvatting heerst dat je als vrouw zonder zwangerschapsyoga of mindfulness niet klaar bent voor de bevalling. Een korte zoektocht op het internet levert de mooiste websites op. Als ik die (als man) lees heb ik bijna zin om ook zwanger te worden, zo mooi is het allemaal. Dat de mens het al duizenden jaren vrij aardig doet zonder dergelijke voorbereidingen wordt natuurlijk verzwegen, want het zou slechte marketing zijn om je eigen product op die manier te devalueren.

Ik vraag me wel eens af wat er dan precies wordt aangeleerd op dergelijke trainingen. Sommige trainingen willen ook dat de aanstaande vader erbij is (heel goed voor de betrokkenheid overigens!). Er zijn stellen die een soort generale repetitie doen om te oefenen hoe ze zo snel mogelijk met alle spullen in de auto komen. De route naar het ziekenhuis wordt meerdere keren gereden. Alles om dat moment maar in goede banen te leiden.

Het rendement van dergelijke trainingen is volgens mij nihil. Elke vrouw die ik heb zien bevallen moet op het moment zelf even herinnerd worden aan alle zaken. Weeën wegpuffen tot het signaal komt dat er volledige ontsluiting is, en dan voorzichtig met de weeën meepersen. Het is geen hogere wiskunde, maar ik kan me voorstellen dat er op dat moment zoveel zaken op je afkomen, dat je als aspirant kraamvrouw het een beetje kwijt bent. Dus geven wij – het team – geduldig opnieuw alle instructies.

'Drie keer kort en één keer lang puffen. Ft... Ft... Ft... Pffff.... Opnieuw een ademteug. En nog eens. Ft... Ft... Ft... Pffff.... Heel goed. En kom maar weer even tot rust...

OK... Nu persen... Kom op... Persen, persen persen persen persen... Kom op, een nieuwe teug met adem en nog eens. Persen, persen, persen, persen... Hou vol!'

Ik voel me als een coach aan de zijlijn. Elke bevalling lever ik mijn bijdrage en puf ik tot ik er licht van word in mijn hoofd. Geen *rocket-science*, maar wel dankbaar werk.

## Elke gek zijn gebrek

Midden in de nacht is er een zwangere vrouw opgenomen in een psychiatrische instelling in de binnenstad. Zij is bekend met schizofrenie en zit nu in een daverende psychose. Omdat mevrouw 24 weken zwanger is, lijkt het de psychiater een goed idee om voor de zekerheid even te overleggen met de gynaecoloog.

De arts-assistent die hem te woord staat legt uit dat het erg belangrijk is om de bloeddruk te controleren. Mocht die te hoog zijn, dan moet mevrouw toch in het ziekenhuis gezien worden. Het blijft even stil aan de andere kant van de lijn.

'Bloeddruk. Euhm... Met zo'n ding om de arm toch?'

De assistent gynaecologie proest het uit van het lachen.

'Ja, met zo'n ding om de arm. Boven- en onderdruk. Weet u nog? Vogelt u uit hoe dat ook alweer moest, dan belt u mij straks terug.'

Ze smijt de hoorn erop en vertelt mij even goed de waarheid over psychiaters. Ze vindt het maar belachelijk dat er blijkbaar artsen rondlopen die geen bloeddruk kunnen meten. Als de psychiater later die nacht belt om de bloeddruk door te geven (goede waarden overigens, geen reden tot paniek) krijgt hij nog even de wind van voren. Tijdens de ochtendoverdracht wordt het verhaal nog eens gedeeld met de collega's. Er wordt luidkeels gelachen. Die domme psychiaters ook.

Elke arts moet bepaalde basisvaardigheden bezitten. Ik denk dat bloeddruk meten er één van is. Overigens betwijfel ik of de psychiater in kwestie echt niet wist hoe hij de bloeddruk moest meten. Misschien heeft de gynaecoloog wel bijzondere eisen wat betreft de meting: handmatig of automatisch, linker- of rechterarm (of allebei), misschien wel via een arteriële lijn. Liever dat hij het vraagt, dan dat hij maar wat aanrommelt en er later achterkomt dat hij daarin iets fout heeft gedaan.

Ik denk dat het goed is dat deze psychiater buiten zijn vakgebied heeft nagedacht en een collega ter advies inschakelde. Dat hij vervolgens dermate bot behandeld wordt vind ik niet erg collegiaal. Hoeveel gynaecologen kennen de DSM-IV criteria<sup>16</sup> van schizofrenie uit hun hoofd?

---

<sup>16</sup> De kenmerken van psychiatrische ziekten worden beschreven in het *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Op basis van dit complexe boekwerk worden psychiatrische diagnoses gesteld.

## Einde aan de beproeving

Vandaag staat er maar één operatie op het programma, maar wel één die ruim vier uur duurt. Met behulp van kleine computergestuurde werktuigen gaan de chirurgen een buik te lijf. Operaties met 'de robot' zijn bijzonder. Naast twee gynaecologen, een arts-assistent, een OK-assistent van de firma die de instrumenten levert en het reguliere OK-personeel (nog eens drie man) *mag* ik erbij zijn.

Sterker nog, ik mag steriel staan en dus meedoen met de operatie. Niet om mezelf de hemel in de prijzen, maar ik heb een belangrijke taak. Ik mag twee metalen buizen, waardoor de instrumenten de buik ingaan, vasthouden en af en toe een instrument aanpakken.

Mijn armen en nek voelen verstijfd aan omdat ik al een tijd niet heb bewogen. Ik sta ook net gedraaid (om de arts-assistent ruimte te geven) waardoor mijn benen en vooral mijn rug zeer doen. Ik heb het vreselijk warm in mijn OK-pak en er lijkt geen eind aan te komen. De gynaecologen zijn dolenthousiast. Er komen zelfs collega's naar OK om te kijken naar dit technische hoogstandje.

Als de ingreep is afgelopen ga ik, na de obligate bedankjes en wederkerige complimenten, weer terug naar de afdeling. De zaalarts moet lachen als ze me ziet. Ze weet hoe de vork in de steel zit. Bovendien zit ze al een tijd te wachten tot we samen mijn meegenomen traktaties gaan opeten.

Vandaag is het feest. Dit is mijn laatste keer dat ik op OK moet zijn. Ik ben blij dat ik de beproeving heb doorstaan. Nooit meer uren turen in een buik of klemmen vasthouden. Handvaardigheid was al niet mijn ding (onhandig) en in de zandbak spelen vond ik ook maar niets (krijg je vieze handen van). Ik ben blij dat er mensen zijn die er enthousiast van worden en die het goed kunnen, maar aan mij is het niet besteed.

## Wetenschappelijke (on)zekerheid

Veel mensen denken dat geneeskunde een exacte wetenschap is. Een arts diagnosticeert probleem A en geeft daarvoor een behandeling. Helaas is de werkelijkheid complexer dan dat.

Vroeger was aderlaten een geaccepteerde therapie voor zo ongeveer alles. Homoseksualiteit was een geestesziekte en moest als zodanig behandeld worden. In de loop der jaren hebben we, achteraf gezien, vreselijke dingen gedaan om mensen te 'genezen'. Voortschrijdend inzicht, technologische vooruitgang en een veranderende maatschappij maken dat we vandaag de dag ziektes anders kunnen diagnosticeren en behandelen dan 30 jaar geleden.

Over de hele wereld wordt onderzoek gedaan in de geneeskunde. Heel veel onderzoek. Alleen in 2011 werden bijna 1.000.000 artikelen gepubliceerd. En dat zijn dan alleen de onderzoeken die geïndexeerd zijn in PubMed, een grote medisch-wetenschappelijke zoekmachine. Het werkelijke aantal onderzoeken ligt vermoedelijk nog veel hoger.

Maar hoe meer we te weten komen, hoe meer vragen er weer opkomen. Tegenwoordig is er een leven mogelijk na een ernstige ziekte, zoals bijvoorbeeld borstkanker. En dan komen er nieuwe vragen op: mag een vrouw die borstkanker gehad heeft hormonale anticonceptie krijgen? En maakt het dan uit of dat in de vorm van de pil of een spiraaltje is? Hoe beïnvloedt dat de overleving of terugkeer van ziekte?

Ik weet het niet. Samen met mijn mede coassistent ga ik op zoek naar het antwoord. Ik zal u het technische verhaal besparen, maar er is minimaal onderzoek naar gedaan en datgene wat er naar gedaan is, geeft geen onomstotelijk bewijs. Conclusie: we, de mensheid, weten het nog niet. En als er een gedegen wetenschappelijk antwoord is, is het maar de vraag of het ook toepasbaar is op de patiënt die op dat moment onder behandeling is. Dan moet ik, in overleg met de patiënt, hopen dat we samen de beste keuze maken. Roeien met de riemen die we hebben. Net zoals vroeger. Met de wetenschap dat we het over 30 jaar waarschijnlijk allemaal anders doen.

## Relatie

Elke keer als ik het bij vrienden of kennissen heb over mijn coschap gynaecologie komt het ter sprake. Het is ongeveer de olifant die in de hoek van de kamer staat. Ik weet dat het een gevoelig onderwerp is, maar ik *moet* er iets over kwijt.

Er zijn mannelijke gynaecologen.

Zo, het is eruit. Nu kan iedereen weer rustig op zijn stoel gaan zitten. Het verbaast me elke keer weer dat hier zoveel om te doen is. Bij vriendinnen en andere (vrouwelijke) kennissen ligt het blijkbaar erg gevoelig en ook op de poli krijg ik soms te horen dat de patiënten er liever geen man bij willen. Ik besef dat ik hier erg makkelijk in ben geworden, als man werkzaam in de gezondheidszorg. Zowel het geslacht als de geaardheid van de arts maakt mij echt niets uit, zijn of haar bekwaamheid daarentegen wel. Ik begrijp ook niet goed waar het euvel vandaan komt. Komt het voort uit gêne? In dat geval hoeft u zich geen zorgen te maken. We hebben gēnanter gezien. Echt waar.

Na lang navelstaren ben ik tot de conclusie gekomen dat waarschijnlijk de associatie van het genitaal met seksualiteit hiermee te maken heeft. Ik denk dat er de angst leeft dat de arts (lees: ploert of griezel) er plezier aan beleeft om inwendig onderzoek te verrichten.

Heb ik het juist?

Dan volgen nu een aantal kritische vragen om uw angst te rationaliseren. Denkt u oprecht dat inwendig onderzoek opwindend is om te verrichten? Dat ik, voor mijn eigen genot, er extra lang over doe? Of dat u dermate aantrekkelijk bent dat ik mijzelf niet zou kunnen bedwingen?

Ik zal u uit de droom helpen. Ik raak niet opgewonden van uw genitaal. Ik vind het jammer als ik u niet het vertrouwen kan geven dat ik alleen vanuit vaktechnisch oogpunt geïnteresseerd ben in uw genitaal. Er is geen sprake van een *liefdesrelatie* maar van een *professionele* relatie.

Ik laat de emoties van de gynaecologie en de verloskunde achter me. Na het weekend start ik met mijn coschap kindergeneeskunde. Ik ben benieuwd.







# **Kindergeneeskunde**

*Maandag 5 maart t/m vrijdag 30 maart 2012*

## Dienstkleding

In de 21ste eeuw is de witte jas bij de kindergeneeskunde geheel verdwenen, maar de kleding mag ook weer niet te formeel zijn. 'Gewoon, nette vrijetijdskleding', was het advies.

Nette vrijetijdskleding? Ik leef dermate sociaal geïsoleerd dat ik daarvoor toch even Google moet consulteren. De resultaten variëren van hilarisch ('een ruit overhemd met een sportief colbert') tot cryptisch ('een klassieke combinatie is misschien iets te formeel').

Daar kom ik dus niet verder mee. Ik besluit gewoon, net zoals altijd, een overhemd en spijkerbroek te dragen. Afgetopt met nette Italiaanse stappers kan daar volgens mij weinig aan fout. Het enige nadeel van deze outfit is dat je nergens plek hebt om je instrumenten en zakboekjes te bewaren. De stethoscoop kan om je nek en de rest moet maar in je broekzakken. Echt comfortabel wordt het er niet van.

Tijdens de ochtendoverdracht kan ik mijn kledingkeuze vergelijken met de lokale mores. Af en toe is er een uitschieter (een net te uitdagend jurkje of een foute combinatie van paarse trui met groene broek), maar door de bank genomen nette kleding, zonder dat het formeel wordt.

Het doel is natuurlijk om de jonge kinderen zoveel mogelijk op hun gemak te stellen. Een witte jas wordt mogelijk geassocieerd met allerlei vreselijkheden. Ik vraag me af waarom, want het leuke overhemd weerhoudt de arts er echt niet van om een injectie te zetten. Worden er dan geen negatieve associaties gemaakt met 'nette vrijetijdskleding'? Mocht dat het geval zijn, dan hoop ik dat de kinderen dat op latere leeftijd leren te relativiseren.

Als ik op de afdeling kom zijn de verpleegkundigen tot mijn stomste verbazing allemaal in signaalwitte dienstkleding gekleed. Blijkbaar maken kinderen alleen associaties met de witte jas van een arts en niet met die van een verpleegkundige.

Gelukkig maar.

## Veeleisende ouders

Mensen zijn als soort vrij succesvol, terwijl onze pasgeborenen zeer kwetsbaar zijn. Er gaat behoorlijk wat tijd overheen voordat een pasgeborene als individu onafhankelijk kan overleven in de samenleving. En sommige individuen redden die zelfstandigheid mijns inziens nooit.

Ik ben mijn ouders en familie erg dankbaar voor mijn opvoeding en alle goede zorgen. Zoals ieder kind heb ik ook medische zorg nodig gehad in mijn vroege jeugd. Retrospectief valt het allemaal wel mee (een kleine operatie en een enkele keer wat medicijnen). Maar achteraf kijken is makkelijk. Als je als ouder een ziek kind hebt weet je niet goed hoe het afloopt. Dankzij de huidige media blijven ouders goed bij de tijd. Het lijkt wel alsof ze van *elk* incident dat de afgelopen 10 jaar heeft plaatsgevonden op het gebied van kindergeneeskunde op de hoogte zijn. Dat werkt de angst en onzekerheid bij ouders goed in de hand.

Begin deze week was een echtpaar met hun dochtertje van nog geen 2 jaar oud bij de huisarts geweest. De huisarts stuurde ze naar huis. Kinderen zijn nou eenmaal geregeld ziek. De dag erna kwamen de (zeer bezorgde) ouders weer. De huisarts stuurde hun dochtertje nu door, want hij vertrouwde het nu iets minder. En zo geschiedde.

Nu (vijf dagen na het begin van de koorts) is er de diagnose gesteld. Het meisje heeft een zeldzame auto-immuun ziekte (m. Kawasaki). Geschat wordt dat minder dan 1 op de 25.000 kinderen dit per jaar krijgt. De ouders zijn teleurgesteld dat de huisarts het ziektebeeld niet eerder heeft herkend en ze een dag ziek thuis heeft gezeten. Ze willen een klacht indienen. Overigens heeft het geen negatieve consequenties voor de therapie gehad. Het meisje is dankzij de medicatie zonder blijvende gevolgen genezen.

Ik vind het een onredelijk hard oordeel van de ouders. De huisarts heeft adequaat gehandeld. Hij heeft een 'niet pluis gevoel' tijdig onderkent en juist doorgestuurd. Bovendien heeft de huisarts niet de beschikking over alle diagnostiek om dit ziektebeeld met zekerheid te kunnen diagnosticeren. Het is ondoenlijk (qua kosten en qua capaciteit) en onwenselijk om elk kind met koorts door te sturen om alleen maar zeldzaamheden uit te sluiten.

Ouders zijn veeleisend als het om hun eigen kind gaat. Daar kan ik goed inkomen, maar het is niet altijd even makkelijk voor de zorgverlener. Is dit iets van de laatste jaren of was dit vroeger ook al zo? Ik ga het vanavond nog vragen aan mijn ouders.

## Context van het probleem

Een meisje van 15 jaar oud komt op eigen initiatief naar de spoedeisende hulp. Dat is wat ongebruikelijk, want meestal komen minderjarigen samen met hun ouders. Maar het schijnt dat meisjes eerder volwassen zijn dan jongens, dus wie weet tref ik straks een vrouw in plaats van een jongedame.

Ze heeft erg veel last van benauwdheid. Haar docent biologie maakte zich blijkbaar erg ongerust, want hij stuurde haar niet alleen de les uit, maar gelijk door naar het ziekenhuis. Tijdens ons gesprek op de SEH vertelt ze me rustig en in volzinnen dat ze al vaker last heeft gehad van astma-achtige aanvallen. Eigenlijk is ze helemaal niet zo benauwd.

Totdat ik mijn stethoscoop op haar rug leg. Er komt een kakofonisch geluid uit het meisje. Als ik mijn stethoscoop van haar rug haal is het geluid eigenlijk gelijk verdwenen. Daar weet ik een mooie truc voor. Ik vertel het meisje dat ik naar haar hart wil luisteren en vraag of ze rustig door wil ademen. En dan zet ik heel brutaal mijn stethoscoop aan de rechter kant van het borstbeen (daar waar ook longen zitten). De herrie blijft achterwege en ik hoor nu prachtige longgeluiden. Ook uit al het andere onderzoek komen heldere resultaten. Geen tekenen van ontsteking, astma of andere problemen. De ervaren benauwdheid komt door (bewust?) verkeerd gebruik van haar stembanden. Ik durf zelfs te overwegen dat deze klachten niet lichamelijk van aard zijn.

De rest van de casus zal ik u besparen, maar het komt erop neer dat de moeder haar intrede in het verhaal doet. Zij accepteert niet dat haar dochter geen astma-aanval heeft en wil dat we meer onderzoek inzetten. Uiteindelijk gaat moeder boos met dochter naar huis.

's Avonds hoor ik van een patiënte op de afdeling dat haar klasgenootje op de SEH was geweest. Dat bleek de hierboven beschreven patiënt. Ze had een SMS ontvangen waarin stond dat ze het jammer vond dat ze niet in het ziekenhuis werd opgenomen, want het leek haar wel gezellig om samen op de kamer te liggen. Bovendien was dat werkstuk Duits wat ze morgen moest inleveren nog lang niet klaar.

Soms weet ik niet goed hoe ver ik buiten mijn vakgebied moet denken om problemen in hun context te kunnen plaatsen.

## Levenservaring

Tegenwoordig is competentiegericht onderwijs in zwang. Dat wil niets anders zeggen dan dat er naast vakspecifieke kennis ook aandacht is voor andere vaardigheden. In het geval van geneeskunde bijvoorbeeld gesprekstechnieken, agressietraining en leren organiseren en samenwerken. Ook aan persoonlijke ontwikkeling mag het niet ontbreken. Middels helicopterverslagen reflecteer ik op metaniveau. Met 360-graden feedback krijg ik terugkoppeling van patiënten, verpleegkundigen en ondersteunend personeel. Het lijkt er soms wel op dat ik niet alleen opgeleid wordt om een goede dokter te worden, maar ook een beter mens.

Afgelopen jaren heb ik fantastisch onderwijs mogen genieten. Het voldoet aan alle kwaliteitscriteria van gezaghebbende instanties. Nederland doet het internationaal gezien op het gebied van medisch onderwijs erg goed. Toch wil ik een kritische kanttekening plaatsen.

Hoeveel tijd en aandacht je ook besteedt aan de opleiding, je kunt niet overal op voorbereid zijn. Sommige zaken zijn niet te vatten in een training of een college. Ik denk dat 'levenservaring', hoe abstract dat ook mag zijn, erg belangrijk is. Ervaren hoe het is om een dierbare te verliezen. Ervaren hoe het is om een moeilijk gesprek te voeren. Ervaren hoe het is om... Nou ja, u begrijpt wel wat ik bedoel. Maar het gaat ook om hele praktische dingen. Ik ben opgegroeid als jongste in de familie. Ik heb nooit zorg hoeven dragen voor jongere familieleden. En dat merk ik nu. Op het moment dat een kind gaat huilen raak ik of in paniek (is er iets mis?) of gaan mijn nekharen overeind staan ('pardon mevrouw, uw kind gaat af'). Toen de verpleegkundige van de neonatologie vroeg of ik even kort kon helpen met een luier verschonen moest ik met schaamte bekennen dat ik dat de afgelopen 26 jaar nog nooit gedaan heb. Nadat de verpleegkundige het me heeft voorgedaan sta ik nu, rustig en ontspannen, een luier te verschonen.

Gewoon een stukje levenservaring. Daar kan geen competentieonderwijs aan tippen.

## Ziekenhuisvoedsel

Hoewel ik in meerdere ziekenhuizen ben geweest, heb ik nog nooit een afdeling meegemaakt waar patiënten niet over het eten klagen. Het is te koud, te weinig of [uw argument hier]. Ik neem de klachten over het algemeen met een korreltje zout, want ik kan me goed voorstellen hoe lastig het is om voor meer dan 200 mensen te koken en er ook nog eens voor te zorgen dat iedereen het lekker vindt. De kinderafdeling is daarop geen uitzondering, al hoor ik daar vaker klachten in de trant van: 'ik lust geen sperziebonen.'

Elk ziekenhuis heeft een klein legioen kwaliteitsmedewerkers en diëtisten in dienst om de kwaliteit van de voeding te waarborgen. Bovendien is het eten dat geserveerd wordt het visitekaartje van een ziekenhuis. Het hoeft niet elke avond procureur en shiitake op een bedje van versgeplukte Noorse ijsbergsla te zijn, maar gewoon een degelijke, gezonde en smaakvolle maaltijd.

Wat veel ziekenhuizen lijken te vergeten, is dat er naast patiënten ook personeel moet eten in het ziekenhuis. Tijdens de avonddienst bijvoorbeeld. Dan kun je ervoor kiezen om een kant-en-klaar maaltijd(salade) mee te nemen van thuis. Je kunt ook iets thuis koken en op je werk opwarmen. Of je kunt wat kopen in het personeelsrestaurant. Het ziekenhuis waar ik mijn coschappen loop besteedt denk ik niet zoveel aandacht aan het eten. De aardappeltjes zijn te kort gekookt, de frietjes hangen er droevig bij en de groente is al een hele tijd niet meer vers. En meedelen in de maaltijden van de patiënten mag niet. Dat is blijkbaar zeer strikt gebudgetteerd. Als de duiven van het dak vallen omdat het buiten 30 °C is worden er waterijsjes aan de patiënten uitgedeeld. Het personeel krijgt ze niet, ook al zijn ze over. Dagelijks komt er ongeveer vijf keer een kar met koffie, thee, chocolademelk, fruit en andere lekkere dingen langs op de afdeling, maar het personeel mag er niet van nemen.

Vandaag heb ik stiekem toch een patiëntenmaaltijd weten te bemachtigen. Ik kan u vertellen, dat is betere voeding dan ik in het personeelsrestaurant kan kopen.



## Making memories

Ik schreef eerder hoe blij ik was dat ik niet meer naar OK hoefde. Vandaag word ik uit die droom gehaald. Bij elke keizersnede is er een kinderarts op OK om het kindje op te vangen. Natuurlijk wist ik dat wel, want tijdens mijn coschap gynaecologie heb ik de kinderartsen dat ook zien doen. Ik hijs mezelf met enige tegenzin weer in de pyjama. Terwijl ik me met mijn haarmetje richting OK begeef, zakt de moed me in de slechtzittende OK-klompen. De kinderarts ziet het aan mijn houding.

'Kom op joh, kin omhoog, glimlach op je gezicht. We're making memories here, better make them good.'

Hoewel ik nog niet zo goed begrijp wat hij bedoelt, volg ik het advies op.

Als we de OK binnenlopen ligt de aanstaande moeder al op tafel. Vader, gehuld in een veel te groot one-size-fits-all-OK-pak zit aan haar hoofdeinde. Ze houden elkaars hand vast en wachten gespannen af. Wij geven de ouders even een handje en verdwijnen weer naar de achtergrond. Daar controleert de kinderarts nog eenmaal alle apparatuur die we straks nodig gaan hebben. Daarna hangt hij heerlijk onderuit op de kruk en sluit zijn ogen even.

Het team is compleet. De gynaecoloog trapt af met de mededeling: 'incisie'. Nog geen drie minuten later horen we vanuit de kamer naast de OK het huilen van de pasgeborene. De kinderarts springt op en staat klaar om in te grijpen als dat nodig is, want ik mag het kindje opvangen en controleren. Vlak daarna komt de verpleegkundige met een pasgeboren jongetje aan, met vader in haar kielzog.

Terwijl ik het kindje controleer geeft de kinderarts tekst en uitleg aan de vader, die overigens alles filmt. Bij het afnavigeren probeert vader de navelstreng door te knippen met zijn linkerhand terwijl hij met zijn rechterhand de camera nog vasthoudt. Met het oog op de gezondheid van de pasgeborene neem ik de camera even over en instrueer de uiterst zenuwachtige vader waar hij mag knippen. Het jongetje – Lars – is gezond en gaat met de couveuse naar de afdeling.

Als ik een paar uur later de kersverse ouders zie begrijp ik wat de kinderarts bedoelde. Ze zijn ons zo ontzettend dankbaar. Terwijl ik niets heb gedaan, Lars is immers goed gezond.

Making memories, zo had ik de OK nog niet beleefd.

## Opvoeden is een hele kunst

Opvoeden is in Nederland een groot goed en er is ruimte om daar zelf invulling aan te geven. U wilt een strikt antroposofische aanpak? Geen probleem. Een kind volledig 'bio-industrievrij' houden en geen winegums te geven (want die worden van beenderen van koeien gemaakt)? Gaat uw gang. Wist u dat u uw kind oranje kunt laten worden door hem dagelijks een kilo wortels te voeren?<sup>17</sup> In Nederland mag u het proberen.

De polikliniek in de kindergeneeskunde is een mix tussen zeldzame ziekten, alledaagse klachten (diarree, overgeven) en problemen in 'de interactie'. Met name die laatste vind ik lastig.

Ik zie een meisje van 13 jaar. Zij weegt ruim 90 kilo bij nog geen 1,50 m. Omgerekend is dat een BMI van 40, en dat is uitzonderlijk hoog. Natuurlijk springen artsen hier bovenop. Na uitgebreide diagnostiek ligt er geen aandoening aan ten grondslag. Het blijkt dat zo ongeveer iedereen in haar omgeving haar lekker eten toestopt. Dat komt voort uit allerlei culturele tradities waar ik maar weinig van begrijp. Het meisje valt mijns inziens weinig te verwijten, maar haar omgeving des te meer.

Ik zie een jongen van 14 met een kapotte spijkerbroek en een t-shirt met een brandende schedel erop (van een heavy-metal band). Hij zit onderuitgezakt op zijn stoel: een echte puber. Zijn moeder zit erbij en vertelt hoe haar zoon lijdt onder zijn ADHD. De schoolresultaten op het tweetalig gymnasium (hier in de regio erg populair) zijn beroerd en hij dreigt te blijven zitten. Meerdere intelligentie tests hebben uitgewezen dat deze jongen op havo-niveau functioneert. Maar moeder wil er niets van weten – haar zoon kan tweetalig gymnasium en redt het niet vanwege zijn ADHD. Ik denk dat haar zoon geen ADHD heeft, het prima zal redden op de havo en gewoon geen zin meer heeft om boven zijn kunnen te moeten functioneren.

Lieve ouders van Nederland. U vervult een moeilijke taak. Soms denk ik wel eens dat opvoeden niet voor iedereen is weggelegd. Het grootbrengen van kinderen is een hele kunst. Daarbij spelen allerlei belangen een rol. Vergeet u niet het belang van uw kind voorop te stellen?

---

<sup>17</sup> Dit fenomeen bestaat echt. Onder de medische term 'carotenosis' is hier meer informatie over te vinden.

## Ape(n/t)rots

Waarnemingen zijn altijd in meer of mindere mate gekleurd door persoonlijke opvattingen. Daar hebben we allemaal last van, al doen we dat meestal niet bewust. Mensen kunnen – per definitie – niet zuiver en objectief waarnemen, omdat we waarnemingen (onbewust) interpreteren. Afhankelijk van de gevraagde taak rangschikt het brein binnenkomende data. Op Youtube staan er veel leuke voorbeelden onder de zoekterm 'selective attention'.

Ik ben een enthousiaste student die zijn vak serieus neemt. Ik studeer een hoop, wat zich uit in goede tentamencijfers en hoge scores op onder andere de iVGT.<sup>18</sup> In de dagelijkse praktijk krijg ik beoordelingen middels het eerdergenoemde feedback-boekje. Als er genoeg beoordelingen in staan, wordt daaruit de grote lijn geëxtraheerd. In mijn geval zijn dat veel positieve beoordelingen, maar soms ook mindere. En daar kan ik dan best van balen. Tijdens dit coschap heb ik weer gedaan waar ik het beste in ben: enthousiast meedoen. Collega's helpen waar je dat kunt, ook met taken die in principe niet jouw verantwoordelijkheid zijn. Een goed voorbeeld daarvan is dat ik na een dagdienst vrijwillig een hele avond ben gebleven om achterstallige statusvoering weg te werken. Ik heb brieven getypt van coassistenten die soms al maanden geleden hier hun coschap hebben gelopen. Een ander voorbeeld is dat ik de patiënt die om 16:55 binnenkomt op de spoedeisende hulp niet in de schoenen schuif van de avonddienst. Toch prijkt er een 7 op mijn beoordeling van dit coschap, met daarbij de volgende toelichting op papier:

'Sterke punten: Kennis en (patiënt)vaardigheden, timemanagement en zorgvuldig. Durft goed kritische vragen te stellen en onderbouwen. Verbeterpunten en advies: Supervisor etiquette.'

De mondelinge toelichting:

'Je bent goed op weg een goede arts te worden. Qua kennis en vaardigheden steek je er echt bovenuit. Maar sommige supervisors vinden

---

<sup>18</sup> De interuniversitaire voortgangstoets (iVGT) is een toets met 200 vragen die viermaal per jaar in vijf van de acht geneeskundefaculteiten wordt afgenomen onder alle geneeskunde studenten. Je kunt de behaalde score vergelijken met je jaargenoten.

het lastig als je kritische vragen stelt over hun beleid. Die zijn soms ook wel terecht, maar je moet je dan ook wel neer kunnen leggen bij de keuze van de supervisor. Ja, daar toetsen we eigenlijk niet op, maar we willen het je toch meegeven. Daarom een 7.

Bij professioneel handelen hoort ook adequaat omgaan met feedback. Ik zal het meenemen. Volgende keer zal ik meer mijn mond houden en lief lachen. Kritisch denken wordt toegejuicht, maar niet als je een andere mening bent aangedaan dan je supervisor. Waar kinderartsen pretenderen dat er weinig hiërarchie is, is hier, net als overal, een apenrots.

Verbitterd laat ik de kindergeneeskunde achter me. Ik wil het ziekenhuis even achter me laten: op naar de huisartsgeneeskunde.





# Huisartsgeneeskunde

*Maandag 2 april t/m vrijdag 11 mei 2012*

## Dichtbij de mensen

Ik besef me niet altijd dat een dokter een bijzondere plek in de samenleving inneemt. Alleen de witte jas en het monstrueuze ziekenhuis maken al dat er een afstand is tussen de arts en de patiënt. Je kunt je afvragen of dat wel wenselijk is.

De komende zes weken ben ik te gast bij een huisartsenpraktijk met een inpandige apotheek in ruraal Nederland. Hier werkt een echtpaar, beiden huisarts. Ook aangelegen hulpverlening (een fysiotherapeut en een diëtiste) hebben enkele dagdelen hier hun zetel.

Het contrast met het ziekenhuis is groot. Dat merk ik al bij de eerste patiënten van het spreekuur. Patiënten lijken elkaar allemaal wel te kennen en vertellen naast hun eigen klacht ook nog iets over andere dorpsgenoten. Een van de patiënten maakt zich bijvoorbeeld zorgen over het gezin waarvan vrij recent de woning is afgebrand. De vrouw van het gezin komt niet meer op de lokale sportvereniging en is minder vrolijk als ze haar ziet in de supermarkt. Zou ze misschien depressief zijn? De huisarts legt (waarschijnlijk voor de honderdste keer) uit dat hij daar niet direct actie op kan ondernemen, maar dat hij het in de gaten zal houden.

Ik weet niet eens wie er naast me woont, dat overdrijf ik niet. Het is niet ondenkbaar dat op een dag de politie op mijn deur klopt om te melden dat mijn buurman enkele dagen, misschien zelfs weken, levenloos in de woning naast mij heeft gelegen. Ik heb echt geen idee. Dat is in de gemeente waar ik nu terecht ben gekomen niet mogelijk. De sociale controle hier is groot, hetgeen denk ik de gezondheidszorg ten goede komt. Mensen letten op elkaar en zorgen voor elkaar. Dat kan voor (stedelijke?) mensen misschien bemoeizuchtig overkomen, maar het komt uit een goed hart. De huisarts behandelt niet alleen de gezondheidsklachten van de patiënten, maar heeft daarnaast echt een belangrijke rol in de lokale gemeenschap.

Ik ben benieuwd hoe dit coschap mij gaat bevallen en of ik de komende weken iets ga meekrijgen van de perikelen in de gemeenschap



## **100.000 mogelijkheden**

In een ochtendspreekuur zie ik achtereenvolgens: gehoorklachten, gewrichtsklachten, spanningsklachten en huidklachten. Het is snel schakelen tussen verschillende velden van kennis. Lang niet alle vragen die op het spreekuur komen zijn van medische aard. Veel vragen zijn vaak heel praktisch of van een compleet andere orde. Een beetje levenservaring is wel handig bij de huisartsgeneeskunde.

Daarnaast zit er ook een groot verschil in de patiënten die op je spreekuur komt. Van geboortezorg tot stervensbegeleiding. Elke groep patiënten vraagt andere communicatieve vaardigheden. Ook het opleidingsniveau en andere contextuele factoren bepalen op welke manier je een gesprek moet ingaan. Als ik dat niet aanvoel krijg ik het gelijk terug van de patiënt. Het contact loopt dan niet lekker.

Ook is de insteek van elk consult weer anders. De ene keer moet je juist aandacht geven aan de zorgen die spelen. Goed doorvragen en het onderste uit de kan naar boven halen. Een ander consult vraagt alleen een handeling: bijvoorbeeld een injectie of het verwijderen van een moedervlek. Ook ben je veel tijd kwijt aan dingen regelen: informatie opvragen uit het ziekenhuis, thuiszorg voor iemand organiseren en natuurlijk statusvoering.

Elk consult zit vol afwegingen. Kan ik de klachten aanzien of moet ik ingrijpen? En welke interventie kies ik dan? Kan ik het zelf oplossen of moet ik hulp erbij vragen? Moet ik iemand direct naar het ziekenhuis sturen of kan het nog even wachten? Van een huisarts wordt verwacht om kennis en kunde te hebben op zo ongeveer alle gebieden van de geneeskunde en ook ver daarbuiten. Het is een illusie dat de huisarts alles weet, maar op één gebied is hij absoluut heer en meester: besliskunde.

Keuzes maken is soms lastig of een beetje spannend, maar mijn begeleiders geven mij de ruimte en het vertrouwen om daar zelf (in een beschermde omgeving) wijs in te worden. Tot nu toe vind ik dit coschap in ieder geval verdraaid leuk.

## Alleen maar pillen schuiven

Ik heb het voorrecht om dit coschap huisartsgeneeskunde te mogen volgen in een apotheekhoudende praktijk. Dat is een langzaam uitstervend concept, maar een uiterst werkbare combinatie. Zeker in minder dicht bevolkte gebieden. Ik kan nu ook een kijkje nemen in de keuken van een apotheek. Eigenlijk is mijn apotheekervaring tot dus ver beperkt tot het ophalen van medicijnen voor mezelf. En de laatste keer dat ik dat gedaan heb is zeker 10 jaar geleden. Hoogste tijd om me daar eens in te verdiepen! Er gaat een enorm controlesysteem schuil achter de vriendelijk lachende dame bij de apotheek. Het medisch inhoudelijke aspect daarvan kan ik aardig overzien. Medicijn X kan niet goed samen met medicijn Y, want ze versterken (of verzwakken) elkaars werking. Of een medicijn geeft nare bijwerkingen. Afijn, dat gedeelte begrijp ik wel. En hoewel ik er zelf over nadenk, vind ik het een fijne gedachte dat ze in de apotheek nog eens extra met mij meedenken. Maar van de apothekenlogistiek heb ik nog nooit kennisgenomen. De artikelen in de vakliteratuur die daarover gaan sla ik meestal over, want het interesseert me eigenlijk ook niet zo veel. Als mijn patiënt een medicijn nodig heeft dan vind ik dat iemand dat ook moet krijgen. Welke fabriek dat medicijn maakt en via welke wegen het naar de patiënt gaat maakt mij eigenlijk ook niets uit.

Het woord 'preferentiebeleid' is een eufemisme voor administratief gegoochel ten behoeve van winstmaximalisatie. Medicijnen moeten ingekocht en verkocht worden. Daarin verschilt een apotheek niet van een gewone winkel. Als je als winkel een deal maakt met een fabrikant, dan krijg je korting op je inkoop. Omdat de verkoopprijs is vastgesteld maak je dan per verkocht doosje meer winst.

De apotheek is daarin 'the man in the middle'. Hoe slimmer je inkoopt, hoe meer je kunt verdienen. Tot zover begrijp ik het. Omdat de zorgverzekeraar ook nog een vinger in de pap heeft wordt het complexer. Zorgverzekeraar A vergoedt bijvoorbeeld alleen middelen van fabrikant B, want die hebben onderling ook weer een deal gesloten. Zo probeert iedereen deals met elkaar te maken om zoveel mogelijk omzet en/of winst te maken. Als klap op de vuurpijl mogen apotheken ook middelen inkopen uit het buitenland. Die worden gewoon gemaakt in dezelfde fabriek, maar voor minder geld verkocht in een Oost-Europees land. Een slimmerik verkoopt die medicijnen weer door aan Nederlandse apothekers. Andere sticker erop en verkopen maar. Winst!

Ik krijg op het spreekuur geregeld vragen waarom *ik* het gebruikelijke medicijn (vaak omschreven als 'die kleine rode pil') heb gewijzigd. Of waarom *ik* de patiënt medicijnen met een Russische bijsluiter aansmeer. Daar heb *ik* niets mee van doen. Dat is de machinerie achter het recept. De apotheek doet meer dan alleen pillen schuiven.

## Life is difficult

Met de quote uit de titel begint *The Road Less Traveled* van Scott Peck, een Amerikaanse psychiater. Volgens hem moeten we accepteren dat het leven vol tegenslagen zit en dat discipline een vereiste is om het leven door te komen. Hoewel ik het niet eens ben met al zijn opvattingen over hoe je het leven het beste aan kunt pakken is de openingsquote wel sterk.

Niet alles in het leven gaat van een leien dakje. We moeten allemaal omgaan met tegenslagen en (persoonlijk) lijden. Voor iedereen is dat anders. Soms lijkt het wel alsof sommige mensen veel meer lijden treft dan anderen. Zij worden dan geconfronteerd met ziekte of overlijden van dierbaren. Iedereen gaat anders om met deze hobbels op de weg naar geluk. De een laat zijn schouders hangen. De ander zet zijn schouders eronder en houdt stug vol dat het allemaal wel meevalt. Het valt mij op dat er absoluut geen relatie zit tussen de ernst van het leed en het ervaren leed.

Als ik net een patiënt heb gezien met een ernstige aandoening kan ik me soms niet goed inleven in de volgende patiënt. Zeker als ik het idee heb dat de klachten niet reëel zijn. Ik besef dan goed dat ik dan uitga van *mijn* referentiekader en niet van *hun* referentiekader, maar ik kan het dan soms niet laten om het te vragen.

'Maar wat kan ik eigenlijk voor u betekenen?'

Ik krijg vaak een antwoord in de trant van: heeft u er niet een pil voor ofzo? Nee, tegen gefrustreerd raken van tegenwind bij het fietsen heb ik geen pil. Ik heb de neiging om coerulea- of avicel-capsules<sup>19</sup> te geven, maar mijn geweten weerhoudt mij ervan om dit voor te schrijven.

Misschien een flinke stapel MovInensus FSC A4 75 gram (afbeelding 5)? Ze werken bij mij goed na dergelijke consulten. Probeert u ze eens, ik hoor graag de reacties.

---

<sup>19</sup> In het grote receptenboek van de apothekers (FNA) staan ook een paar placebo medicijnen. Deze middelen worden per jaar steeds minder vaak voorgeschreven. Voor meer informatie, zie: <http://www.sfk.nl/nieuws-publicaties/PW/2004/2004-13.htm>.

# Agressiepapier

Bij woedeaanval:

1. papier verscheuren;
2. verfrommelen;
3. in de hoek gooien!

Raadpleeg bij meer dan drie vellen per dag uw huisarts.

**Afbeelding 5:** MovInfensus FSC A4 75 gram. Zou ik er patent op kunnen aanvragen?

## Vaderlijke woorden

Vanuit de huisartsenpraktijk duurt het minstens een half uur met de auto voordat patiënten bij het dichtstbijzijnde ziekenhuis zijn. Veel mensen willen graag door de huisarts hier geholpen worden, omdat ze 'voor zoiets kleins' toch niet naar het ziekenhuis hoeven? Dat biedt de mogelijkheid dat ik in dit soort kleine vaardigheden ervaring op kan doen. Een vaccinatie bijvoorbeeld.

Dat is soms wel een beetje spannend. Ik kan de theorie achter een vaccinatie haarfijn uitleggen. Ik heb in mijn kindertijd een groot aantal vaccinaties mogen ontvangen en ondanks dat ik bij chirurgie naalden heb gebruikt om te verdoven, is vaccineren gevoelsmatig toch anders.

'Gewoon doen en professioneel kijken.'

Dat waren de vaderlijke woorden van de huisarts. Doen alsof het de normaalste zaak van de wereld is. De huisarts vertelt een mannelijke patiënt, die een vaccinatie moet hebben voor zijn vakantie naar Centraal-Afrika, dat de coassistent de vaccinatie wel even zal zetten. Hij draait zich vervolgens naar zijn computerscherm en begint te typen.

De patiënt kijkt naar mij. Ik voel mijn hart bonzen in mijn keel. Als ik het vaccin uit de verpakking haal, probeer ik zo intelligent mogelijk te kijken. Met enig enthousiasme (of lomphed) zet ik de naald in de man. En dat was het dan. Pleistertje erop voor de vorm. De patiënt bedankt me en gaat huiswaarts. Natuurlijk had de huisarts vanuit zijn ooghoeken meegekeken en gezien dat het wel goed zat. Een soortgelijke ervaring heb ik opgedaan tijdens het aanstippen van wratjes ('daar kun je *echt* niets fout aan doen'), oren uitspuiten ('probeer er geen waterballet van te maken') en moedervlekken weghalen ('moet ik nog meekijken of red je het zelf wel?').

De vaardigheid zit er wel, maar het daadwerkelijk uitvoeren is soms wel spannend. Deze vaderlijke woorden (van zowel de mannelijke als vrouwelijke huisarts) geven mij het vertrouwen. Dank jullie wel!

## **Plato wist het al**

Een van de mooie dingen van het huisartsenvak is dat je mensen in hun 'natuurlijke omgeving' ziet. Je kunt daarom de klachten van patiënten veel beter in hun context plaatsen. Het ziekenhuis is een steriel vacuüm waarin je de klachten zo objectief mogelijk bekijkt. Bij de huisarts speelt dat minder. Niet alleen de meetbare afwijkingen, maar vooral de ervaren klachten zijn daar vaak leidend voor de therapiekeuze. Of dat wel wenselijk is weet ik niet zo goed. Nu is een pijnstillers over het algemeen niet zo'n probleem om voor te schrijven, maar als het serieuzere medicijnen worden moet je dat wel goed overdenken.

Niet zelden zijn lichamelijke klachten een uiting van een ander onderliggend probleem. Relatieproblemen, problemen op het werk of op school kunnen prima de oorzaak zijn van vermoeidheid, hoofdpijn of pijn op de borst. Dan kun je mensen marineren in de pijnstillers of andere medicijnen, maar het probleem gaat daarmee niet over. Als ik mensen vraag of er buiten de lichamelijke klachten ook problemen op psychisch gebied spelen krijg ik vaak een defensief antwoord.

'Denkt u dat de klachten tussen de oren zitten? Ik verzin dit toch niet?'

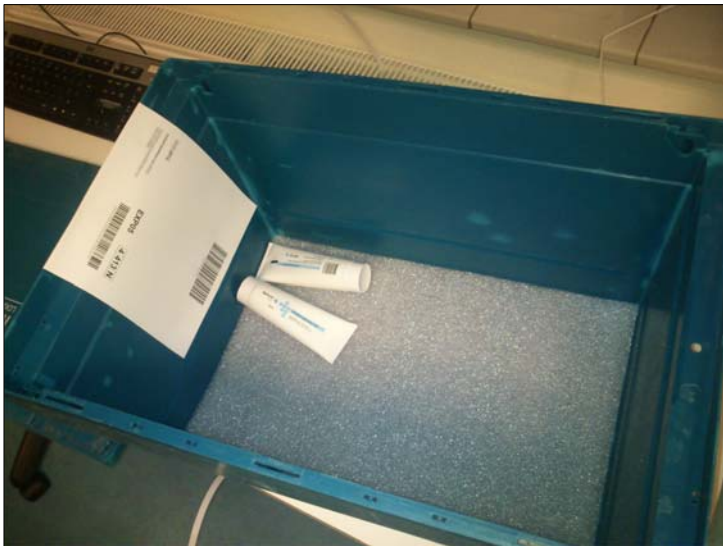
Ik probeer dan uit te leggen dat ik de klachten niet ontken. Ik geloof dat iemand wel degelijk last kan hebben van hoofdpijn, maar ik geloof ook dat er soms geen lichamelijke oorzaak aan ten grondslag ligt. En dat daarom de therapie niet primair gericht moet zijn op de symptomen, maar juist op de oorzaak van het probleem.

Blijkbaar hebben mensen de grootste moeite om het verband tussen lichamelijk en geestelijk welzijn te erkennen. Wonderbaarlijk, want Plato hield zich hier duizenden jaren geleden al mee bezig. Ik denk dat de patiënten bang zijn dat ik de klachten niet serieus neem en ik wil daarom graag het tegenovergestelde bepleiten. Het is voor mij makkelijker om een doosje pijnstillers voor te schrijven dan om met u in gesprek gaan. Die pijnstillers krijgt u echt wel om de acute moeilijke periode te overbruggen, maar dan moeten we wel een plan maken voor de langere termijn. Ik denk dat we dan pas tot echt goede zorg kunnen komen.

## Logische logistiek

Ik schreef eerder dat de huisartsenpraktijk waar ik mijn coschap loop apotheekhoudend is. Dat betekent dat we in de praktijk een voorraad aan medicijnen hebben. En zoals elk bedrijf met een voorraad goederen, moet die ook weer aangevuld worden. Grofweg worden de middelen besteld die vandaag zijn uitgegeven, zodat de voorraad morgen weer op peil is. De apotheekassistentes beheren de voorraad. Daar ben ik ze overigens erg dankbaar voor, want ik heb absoluut geen overzicht in het schimmige softwaresysteem. Elke dag staan er ongeveer 6 flinke dozen in de wachtruimte van de praktijk. Die worden dagelijks voordat het ochtendspreekuur begint geleverd door de groothandel. Die moeten we, net als in een supermarkt, gewoon even netjes op de juiste plek op de plank zetten. Heerlijk hersenloos werk om 's ochtends vroeg je dag mee te beginnen.

Aan de buitenkant kun je niet zien wat erin zit. Sommige dozen wegen bijna niets (vooral pillen), anderen zijn loodzwaar (vooral dranken of zalven). Ik vind het elke keer weer spannend om te ontdekken wat er in de doos zit. Soms is het een teleurstelling.



**Afbeelding 6:** Eenzame tubes zalf ingepakt door een geautomatiseerd systeem



Ik trof deze twee eenzame zalfjes tegen eczeem aan in een grote doos. Terwijl er nog genoeg ruimte was in de andere dozen. Ziehier het gevolg van geautomatiseerde logistiek. Ik dacht altijd dat de etymologie van 'logistiek' gelegen was in 'logisch', maar dat is blijkbaar niet het geval. Dit is een van de vele voorbeelden waarbij ik zo mijn twijfels heb over de efficiëntie van de logistiek rondom de zorg.

## Jan Steen

In de avonddienst van de huisarts zie je andere dingen dan gebruikelijk. Nou ja, je ziet een hoop dingen die je overdag ook ziet (bezorgde ouders met snottende kinderen) en zoals altijd is het de kunst om de ernstig zieke patiënten te identificeren en de minder zieke patiënten weer naar huis te krijgen. Een interessanter deel van de avonddienst zijn de spoedconsulten. Bepaalde patiënten moet je gewoon op korte termijn zien, al is het maar om uit te sluiten dat het niets ernstigs is. Vaak speelt er een hoop angst en paniek mee, maar dat kun je over de telefoon niet altijd goed beoordelen. Dus neem je het zekere voor het onzekere en moet je de mensen zien.

Het meest indrukwekkend zijn de thuisbezoeken. De huisartsenpost wordt gebeld over een vrouw van in de 40 die onwel is geworden. Ze zou mogelijk epileptische aanvallen gehad hebben in het verleden en gebruikt een bijzondere cocktail aan medicijnen. Nu ligt ze thuis op de bank te rillen (koorts?) en is ze minder aanspreekbaar. Alle redenen voor haar man om zich zorgen te maken en te bellen naar de huisartsenpost. We stappen de auto in en worden door Ron, onze chauffeur, met enige spoed naar de plaats des onheils gebracht. Als we daar binnenkomen valt allereerst op dat het hele huis een enorme puinhoop is. De vaat van zeker een week staat in de keuken. Loslopende kleine kinderen (is 21:00 uur tegenwoordig een acceptabele bedtijd voor vijfjarigen?), behang dat van de muren loslaat en her en der doosjes met medicijnen, waaronder tramadol en oxazepam (kalmerende middelen). Niet het type medicijnen om te laten slingeren met kleine kinderen in huis.

Uiteindelijk valt het met de ziekte van de vrouw wel mee. Het was vooral een hoop ongerustheid. Voor de zekerheid hebben de huisarts en ik nog even overlegd met de neuroloog van een nabijgelegen ziekenhuis. Morgen op de polikliniek even controleren, voor nu geen actie.

Is het consult dan voor niets? Zeker niet, want in het briefje naar de huisarts van deze vrouw maken we terloops de opmerking: 'aandacht voor gezinssituatie, advies om eens op huisbezoek te gaan.' De thuissituatie verdient zeker aandacht.

Daarom zijn we ook *huisarts*.

## Terminaal

Drie weken geleden heb ik kennis gemaakt met meneer K. en zijn vrouw. Meneer K. is ongeveer 50 jaar en heeft kanker met onder andere uitzaaiingen in de hersenen. Toen kwam hij informeren over euthanasie. Het was een open gesprek waarin hij en zijn vrouw duidelijk aangaven dat 'hij niet onnodig wil lijden'. Als hij alleen maar in de stoel zou zitten en niets meer kon had het leven voor hem nog maar weinig zin. Ik denk dat het een invoelbaar verzoek is.

Natuurlijk hoopten ze nog op een wonder. Meerdere malen zijn ze naar een groot specialistisch oncologisch centrum geweest voor dagvullende programma's met onderzoeken en gesprekken. Om zeker te weten dat er echt niets meer aan te doen is. Het bracht helaas geen nieuwe inzichten. Over de weken heb ik hem snel achteruit zien gaan. Stukje bij beetje levert hij kwaliteit van leven in. Hij heeft veel pijnklachten (waarvoor hij steeds meer morfine nodig heeft) en een conditie die steeds minder wordt. Eigenlijk is hij gebonden aan zijn stoel in de woonkamer, omdat de trap oplopen niet meer lukt. Daarom staat er naast zijn stoel een bed. Naar buiten gaan zit er niet meer in voor deze man.

Meerdere keren per week gaan we op huisbezoek. Vandaag tref ik hem wederom in zijn stoel aan. Als ik kon voelen wat hij voelt zou het een combinatie zijn van vermoeidheid, pijn, misselijkheid en benauwdheid. Ik zie dat hij veel klachten heeft, maar hij blijft vriendelijk en zelfs een beetje vrolijk. De huisarts vraagt hem of het moment van euthanasie al ter sprake is. Meneer K. en zijn vrouw kijken elkaar aan en zijn erg duidelijk in hun antwoord.

'Nee, nog lang niet. We redden ons nog wel even hoor.'

Ik vind het bijzonder, en ergens ook mooi, om te zien hoe de grenzen van een acceptabel leven veranderen naarmate het einde van het leven nadert. Ik denk dat het tot euthanasie niet zal komen. Deze mensen genieten nog volop van de momenten die ze samen hebben. Gelukkig maar.

## Van alle markten thuis

Net als bij elk ander coschap zijn er ook bij de huisarts klusjes om te verrichten. In januari 2012 is er een nieuwe richtlijn verschenen op het gebied van 'cardiovasculair risicomanagement'.<sup>20</sup> Daaruit vloeit voort dat bijvoorbeeld reumapatiënten een hoger risico hebben op het krijgen van hart- en vaatziekten. Ik kan mijzelf nuttig maken door na te gaan of alle patiënten met reuma ooit gescreend zijn op hart- en vaatziekten. Voor iedereen met een beetje affiniteit met computers en databases is dat een eenvoudige taak: een kwestie van de computer de juiste vraag stellen en wachten op het antwoord. Ik ben zo iemand met affiniteit met computers en databases, maar helaas bleek het geen eenvoudige taak.

Het programma waarin het elektronische patiëntendossier van de huisarts wordt bijgehouden stamt uit het tijdperk van MS-DOS. Nog zonder implementatie van de muis, dus er zijn vooral veel handige snelkoppelingen (F3 om iets te zoeken, F10 om een scherm terug te gaan, F8 om in te voeren, etc.) en weinig overzichtelijke informatie op je scherm. Enfin. Enkele uren tegenspoed, frustratie en doorzettingsvermogen later heb ik een mooie lijst in elkaar gezet met daarin een klein dozijn patiënten die we oproepen voor een onderzoek naar hart- en vaatziekten. Het voelt als een overwinning. De zorg in Nederland is weer ietsje beter. Maar ik ben blij dat deze klus erop zit.

Mijn volgende 'als je even tijd hebt' klusje is het in elkaar zetten van Erik. Er is behoefte aan Erik, want in de praktijk is er sprake van een kwaadaardige wildgroei aan rondslingerende papiertjes. Dus is er een kastje nodig om de papiertjes in te stoppen. En wie kan dat beter in elkaar zetten dan de co? Bij het in elkaar zetten van het IKEA kastje komen alle kwaliteiten van mijn studie van pas. Het plannen van een ingreep, probleemgericht werken, de hand- en besluitvaardigheid om het juiste werktuig ter hand te nemen en een lekkere kop koffie. Het resultaat is er niet minder om. Een rustige middag verder is onze praktijk vier Eriks rijker.

Na vele jaren studeren sta ik op een mooie donderdagmiddag IKEA kastjes in elkaar te schroeven. Ik kan er wel de humor van inzien. Als coassistent moet je van alle markten thuis zijn, al wordt het merendeel niet onderwezen op de universiteit.

---

<sup>20</sup> Het Nederlandse Huisarts Genootschap brengt geregeld richtlijnen op basis van de meest recente wetenschappelijke ontwikkelingen. NHG Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Huisarts & Wetenschap 2012;55(1):14-28.

## Is er een dokter in de zaal?

Elke medicus weet dat dit moment eraan komt. Het moment dat er iemand in het dagelijks leven ziek of onwel wordt. Dan kijken de mensen naar jou. Dan verwachten ze een zelfverzekerde en doeltreffende medicus. Ook als je niet aan het werk bent.

Ik ben in het casino met mijn schoonfamilie. Niet dat ik daar elk weekend vertoef, maar met een introductiepakket hebben we met z'n allen een leuke avond. Overigens, geheel buiten deze context, wil ik even aanstippen dat er heel veel mensen in het casino enorme hoeveelheden geld gewoon op tafel gooien. Ik kan me bijna niet voorstellen dat dezelfde mensen die even €200,- op tafel leggen in een ronde roulette ook klagen over bijvoorbeeld de eigen bijdrage aan medicijnen. Dat lijkt mij een betere investering, maar ach – wat weet ik er nou van. Gedurende de avond loopt mijn zwager in spe naar mij toe en zegt:

'Volgens mij gaat het daar niet goed met iemand, kom eens mee.'

'Het zal wel niets zijn, maar ik kijk even', zeg ik tegen mijn vriendin. Samen met mijn zwager loop ik naar een groepje mensen. Er ligt een oudere dame van rond de 70 op de grond. Een personeelslid van het casino zit bij haar, maar er komt weinig uit haar handen. De 20 mensen die er omheen staan – drankje nog in de hand – weten het ook niet zo goed.

'Sorry, pardon. Arts. Mag ik wat ruimte. Pardon.'

Leugentje om bestwil, want ik ben nog geen arts. Maar zinloos staren maakt haar waarschijnlijk niet veel beter. Ik vergeet de mensen om mij heen en ga even op de automatische piloot. Ademweg? Vrij. Ademhaling? Check. Circulatie? Wat pips op het gezicht, voelt wat klam. Regelmatige pols. Pupilreactie ongestoord. Geen trekkingen.

'Mevrouw, hoort u mij? Heeft iemand het zien gebeuren? Is ze in elkaar gezakt? Kent iemand deze vrouw? Gebruikt ze medicijnen?'

Even later komt mevrouw weer bij kennis. Een paar vragen en kleine testjes verder ben ik ervan overtuigd dat het niets ernstigs is. Ze is gewoon flauw gevallen omdat het warm in deze ruimte is en ze sinds de vroege middag al niet meer gegeten of gedronken heeft. Rustig wat laten drinken en zitten. Ze krijgt weer wat kleur op haar wangen. Al snel maakt ze het weer goed. Mevrouw wordt door het personeel naar buiten begeleid in een rolstoel. Dat hoefde van mij overigens niet, maar ja: *policy* van het bedrijf.

'Ik zei toch dat het niets was', zeg ik lachend als ik weer bij mijn schoonfamilie ben. Zij vonden het iets heftiger dan 'niets aan de hand' toen zij het van een afstandje bekeken. Ik heb blijkbaar indruk gemaakt met mijn

handelen. Als een medewerker komt vragen of wij namens het bedrijf wat willen drinken zeg ik in alle eerlijkheid dat ik eigenlijk niets gedaan heb en dat een drankje dus niet echt op zijn plaats is. Mijn schoonzus grijpt even in. Als we met z'n allen met een drankje staan na te praten realiseer ik me wat ik gedaan heb. Medisch inhoudelijk heb ik niets belangrijks gedaan, maar ik was even de zelfverzekerde en doeltreffende medicus. In de ogen van de omstanders in ieder geval.

## Huisarts, een vak van mensen

Aan het einde van het coschap wil ik naast de huisartsen en de andere collega's ook vooral de inwoners van dit kleine dorp bedanken voor de gastvrijheid. Ik heb veel bijzondere mensen leren kennen. Ik wil een aantal van hen via deze weg nog even toespreken.

Die lastige patiënt, zelf paramedicus van beroep, die alles dacht te weten en over alles in discussie ging. Dank je wel voor het voorhouden van de spiegel. Ik heb de neiging tot betweterigheid, maar na ons gesprek ben ik daar voorlopig weer even van genezen.

Dat schattige meisje van 5 met oorpijn. Jij hield je zo groot toen ik in je oren keek (een beruchte handeling, die vaak gepaard gaat met huilen). Na het consult stond jij met open armen en wilde mij een 'hug' geven. Zelden was een patiënt dankbaarder!

De excentrieke dame (werkzaam in een natuurwinkel) die mij adviseerde om eens 'anti-grippine' voor te schrijven aan mensen met een verkoudheid of griep. Zij verkocht ze als warme broodjes en het werkte fantastisch voor haar klanten. U had me bijna overtuigd, als u niet zelf met een verkoudheid op het spreekuur was gekomen.

De onzekere jongeman die kwam met slaapproblemen. Jij durfde je onzekerheden over je seksuele geaardheid en dat je gepest werd op school met mij te bespreken. Je slaapproblemen verdwenen met een bijna placebo dosering melatonine, maar de moeilijke situatie waarin je verkeerd blijft nog wel even. Succes met het oplossen ervan!

De zeer aantrekkelijke dame van mijn leeftijd die verdacht vaak op het spreekuur kwam. Als de omstandigheden anders waren had ik met liefde mijn telefoonnummer gegeven toen je er om vroeg! Het ligt niet aan jou, het ligt aan mij (en aan de professionele, ethische en morele bezwaren). Maar bedankt voor het compliment.

De vitale oudere man die elke keer voordat hij op vakantie gaat zich zorgen maakt of het wel goed met hem gaat. U zei nog: "ik heb niets, maar ik maak me zorgen." Nadat ik uw bloeddruk heb gemeten, uw longen heb beluisterd en u verzekerde dat u niets mankeerde zei u: 'dat dacht ik al, maar nu kan ik met een gerust hart op vakantie.' Tot de volgende vakantie dan maar.

De hardwerkende verpleegkundige die zichzelf verdacht van een obsessieve-compulsieve stoornis omdat ze al haar ervaringen op papier schreef. Heb ik ook. Ik zeg: uitbuiten die kwaliteit. Wanneer verschijnt uw boek?





# **Bedrijfsgeneeskunde**

*Maandag 14 mei t/m vrijdag 25 mei 2012*

## De perfecte baan

Naast clichés zoals gezondheid, je partner en je familie zijn zaken als dagbesteding en intermenselijk contact pijlers in ons leven. Werk geeft naast inkomen ook dagbesteding en invulling aan ons bestaan. Dit is ongeveer het uitgangspunt van de bedrijfsgeneeskunde. Een van de belangrijkste taken van een bedrijfsarts is het scheppen van een situatie waarin de werknemer weer aan de slag kan. Hoewel er veel werknemers zijn die er de kantjes vanaf lopen, zijn er zeker net zoveel werkgevers of leidinggevenden die niet zo'n groot hart voor hun werknemers hebben.

Ik sprak een tandartsassistente die al 3 maanden (!) geen salaris had gekregen omdat haar werkgever vond dat ze haar werk niet goed genoeg deed. Hij weigerde uit te betalen. Uiteindelijk zat de tandartsassistente, totaal radeloos, bij ons op het spreekuur omdat ze niet meer wist hoe ze hieruit moest komen. Ze had huurachterstand en zelfs geen geld meer om met het openbaar vervoer naar haar werk te gaan.

Ik sprak een kok die zijn hele leven hard gewerkt had in een Chinees restaurant tegen een hongerloontje. Achteraf bleek dat juridisch niet allemaal even legaal geregeld te zijn. Toen de werknemer arbeidsgerelateerde klachten had gekregen, wilde de werkgever hem zomaar op straat zetten. Bedankt voor 30 jaar hard werken, maar tot ziens.

Ik sprak een commercieel medewerker (na lange tijd met haar gesproken te hebben weet ik eigenlijk nog steeds niet wat haar werkzaamheden zijn) wiens leven door haar nieuwe chef, een jonge vent met grootse ambities, structureel zuur gemaakt werd. Althans, vanuit haar perspectief. Zij zit nu met spanningsklachten thuis, want ze trekt het niet meer op haar werk.

Het is voor mij een eyeopener hoeveel mensen in conflict raken met hun werkgever. Om de stomste dingen. Met de wetenschap dat ik zeer binnenkort op zoek zal moeten gaan naar een baan voor mezelf, trek ik lering uit de verhalen van deze mensen. Ik moet niet op zoek gaan naar die prestigieuze baan met moordende concurrentie, maar naar een plek waar ik me prettig bij voel, waar de zaken goed geregeld zijn en waar ik het goed kan vinden met mijn werkgever.

Maar ja, wie zoekt er nou niet naar zo'n baan. Toch kan het vast geen kwaad dat ik het me realiseer.

## Keurslijf

Voor bepaalde beroepen moet je bepaalde vaardigheden of kwaliteiten hebben. Zonder deze talenten kan het werk wel eens lastig worden. Zo is het bijvoorbeeld niet handig om als piloot last te hebben van vliegangst of als telefoniste slechthorend te zijn. Gelukkig kiezen de meeste mensen een passend beroep.

Omdat je in sommige situaties niet kan of wil vertrouwen op dit natuurlijke selectiemechanisme, moet iemand een medische keuring ondergaan. Van een vrachtwagenchauffeur moeten bijvoorbeeld de ogen goed genoeg zijn om veilig deel te kunnen nemen aan het verkeer. Een andere reden voor een medische keuring is het afsluiten van een levensverzekering. De verzekeringsmaatschappij wil graag het risico zo klein mogelijk houden op vroegtijdig uitkeren.

Bij deze keuringen leef ik op als ik weer even mijn stethoscoop ter hand kan nemen en mag nadenken over een ECG of een gehoorstest. Tot zover het medisch inhoudelijke waarvoor ik getraind ben. De rest is gewoon het afnemen van een vragenlijst of het protocollaire buisje bloed afnemen. Ik vraag me wel eens af waarom dit soort keuringen door een (dure) bedrijfsarts uitgevoerd moeten worden. Het interpreteren van data is vaak erg eenvoudig. Voldoet iemand aan alle normen? Dan kan diegene zonder tussenkomst van een arts goedgekeurd worden. In geval van twijfel zou een verdere analyse door een arts op zijn plek zijn.

Daarnaast twijfel ik wel eens aan de waarde van deze keuringen. Het geeft een soort schijnveiligheid, want lang niet alle (ernstige) aandoeningen worden ermee opgespoord. Op alles testen is naast ethisch onwenselijk ook nog eens erg prijzig, dus wordt er een keuze gemaakt. Screenen op een verhoogd cholesterol klinkt mooi, maar aan arbeidsveiligheid verander je weinig. Een verhoogd cholesterol in combinatie met fors overgewicht, roken en suikerziekte is een ander verhaal, maar heb je echt een bedrijfsarts nodig om overgewicht of roken te herkennen?

Helaas vereist de bureaucratie een handtekening van een arts en dus vallen deze routinematige handelingen onder de werkzaamheden van de bedrijfsarts.

## Aan het werk!

Als mijn familie of vrienden mij zouden beschrijven, zou daar ongetwijfeld het woord 'rusteloos' tussen zitten. Ik kan lastig stilzitten of niets doen. Ik moet altijd wel iets te doen hebben. Die rusteloosheid heeft ook zijn weerslag op mijn functioneren op het werk. Ik haal plezier uit het bezig zijn met activiteiten. Dat lijkt een kwaliteit, maar is een lastige karaktereigenschap voor het werken bij de ArboDienst waar ik nu mijn coschap loop.

Bedrijfsartsen zijn weliswaar artsen, maar van een ander slag dan in het ziekenhuis. Er heerst hier ook een hele andere cultuur dan in het ziekenhuis. Nu weet ik niet zo goed of het een bedrijfscultuur mag heten, maar het is in ieder geval niet erg productief. De werkdag begint hier pas om 9:00. De bedrijfsartsen waarmee ik tot nu toe heb samengewerkt zijn zonder uitzondering *net* op tijd op hun werk, checken vervolgens eerst uitgebreid hun mail (aanbiedingen van Groupon, grappige plaatjes van collega's en de voetbalpoule) om vervolgens een kwartier te laat hun eerste cliënt (een eufemisme voor patiënt) de spreekkamer in te laten. De consulten duren een half uur in de agenda, maar in de praktijk staan mensen veel sneller weer buiten. De tijd tussen de consulten wordt besteed aan praten met collega's over het mooie weer, koffie halen (maar dan wel op de tweede etage, want daar zit een aantrekkelijke secretaresse om even mee te kletsen) of gewoon even internetten. De bedrijfsartsen spreken openhartig met mij over hoe ze proberen zo druk mogelijk te lijken en vooral niet teveel werk te verzetten.

Vorige week verbaasde ik me toen de bedrijfsarts aan mij vroeg of ik om 12:30 niet 'lekker naar huis' wilde. Daar ben ik overigens niet op ingegaan. De dag erna werd het weer gevraagd, maar toen met de toevoeging 'omdat je gisteren zo lang bent gebleven.' Elke dag kreeg ik rond het middaguur dezelfde vraag. Zo ook vandaag weer:

'Ga lekker naar huis joh, er staan niet zoveel boeiende patiënten op het programma. Beetje meer van hetzelfde.'

Hoewel ik vandaag pas twee patiënten gezien heb, kan ik niet langer weerstand bieden. Ik word diep ongelukkig van de werkvermijdende sfeer alhier. Het is nog geen 11:00 en ik zit alweer in de trein naar huis. Ik ga straks heerlijk aan het werk met mijn onderzoek dat ik wil publiceren.

Van de specialisten op het gebied van arbeid en re-integratie had ik niet verwacht dat het arbeidsethos zoveel te wensen over liet.

## Belangenconflict

De basistaak van elke praktiserende arts is het bevorderen van gezondheid. Om deze taak te kunnen uitvoeren is een vertrouwensband tussen de arts en de patiënt noodzakelijk. Zonder privacy zou veel geneeskundig werk niet meer verricht kunnen worden. Het doorbreken van het beroepsgeheim mag bijna nooit, behalve bij besmettelijke ziektes of zaken als kindermishandeling. En zelfs dan mag alleen het strikt noodzakelijke gedeeld worden. In principe moet je er als patiënt vanuit kunnen gaan dat alles wat je in de spreekkamer bespreekt niet zonder toestemming gedeeld wordt met anderen. Doet een arts dit toch zonder toestemming van de patiënt, dan is dat verwijtbaar en soms zelfs strafbaar.

Als een werknemer uitvalt vanwege ziekte, heeft een werkgever er baat bij dat de werknemer weer snel aan het werk gaat. De werkgever sluit een contract met een arbeidsgeneeskundige dienst om zijn werknemers te begeleiden in het traject van ziekte en re-integratie. Een arbeidsgeneeskundige dienst maakt dus deel uit van de commerciële sector. Het primaire belang van een bedrijf in de commerciële sector is winst maken. Als klanten (werkgevers) ontevreden zijn zullen ze naar de concurrent gaan. En dus proberen Arbodiensten hun klanten te vriend te houden.

Stel dat een werkgever ontevreden is over de re-integratie van een werknemer. Hij vindt het allemaal te lang duren en doet zijn beklag bij de Arbodienst. De manager van de Arbodienst spreekt de arts hierop aan. Maar ja, die arts mag geen inhoudelijke informatie van de casus verstrekken aan zijn manager of de werkgever. Dus moet het allemaal in vage termen als 'het is aannemelijk dat de werknemer op korte termijn haar werkzaamheden zou kunnen hervatten'. Daar worden werkgevers natuurlijk niet blij van. En als het aantal klanten van een Arbodienst afneemt is er minder werk voor de arts.

Het systeem waarin bedrijfsgeneeskundige zorg is geregeld in Nederland is (onnodig?) complex en uniek in de wereld. Ik denk dat er nergens anders in de zorg zoveel belanghebbenden een vinger in de pap hebben. De werknemer, werkgever, arts en arbodienst hebben baat bij goede diensten, maar vanwege wettelijke restricties kunnen de partijen niet geheel open en eerlijk met elkaar overleggen. Ik kan me voorstellen dat je als arts in dienst van een arbeidsgeneeskundige dienst sterk in je schoenen moet staan om het belang van je patiënt te verdedigen zonder je beweegredenen toe te lichten als daarbij je eigen baan op het spel staat.

Gelukkig mag ik weer terug naar het ziekenhuis, waar ik de regels begrijp.



# **Oudste coschap (longziekten)**

*Maandag 28 mei t/m vrijdag 3 augustus 2012*

## What's in a name?

Een student geneeskunde en een coassistent zijn natuurlijk één en dezelfde persoon, maar op een ander moment in de tijd. Een coassistent is een student geneeskunde in de praktijkfase van de opleiding, terwijl een geneeskunde student nog in de banken zit. Een subtiel verschil, maar wel degelijk van belang, want het zegt iets over de mate van ervaring. Ons kleine land telt acht universiteiten waar je geneeskunde kunt studeren. Hoewel het einddoel hetzelfde is, is de weg er naartoe op elke universiteit anders. Laat ik dat aan de hand van een voorbeeld weergeven.

Op alle universiteiten kun je gedurende de theoriefase van de opleiding kortdurende stages lopen in de praktijk. De ene universiteit in Amsterdam noemt de studenten die stage lopen bij de huisarts in het tweede jaar 'junior coassistenten'. Bij de andere universiteit in Amsterdam ben je pas junior coassistent (kortaf juco) als je in je vierde jaar van de opleiding zit en stages loopt in het ziekenhuis. Het is niet heel handig als een arts vraagt wie of wat je precies bent en je je voorstelt met 'juco'. Dan moet er vervolgens gevraagd worden van welke universiteit je bent en verval je elke keer in dezelfde onzinnige discussie over verschillen in nomenclatuur tussen universiteiten.

Deze week ben ik aan mijn laatste coschap begonnen. Op de ene universiteit heet je dan 'semi-arts', op de andere universiteit 'oudste coassistent'. Semi-arts vind ik klinken als quasi-dokter, dus ik houd het maar even bij oudste coassistent. Op mijn naamkaartje staat overigens, naast een vriendelijke foto en mijn naam, gewoon 'coassistent'.

Nog maar 16 weken voordat er 'arts' op mijn naamkaartje komt te staan. Met die toekomstige titel komen ook een hoop verantwoordelijkheden waar ik me op dit moment nog niet helemaal klaar voor voel, maar daarover schrijf ik later meer.

Tot die tijd voer ik, met trots, de titel coassistent.



## Orakel

De patiënten op kamer 20 van de longafdeling hebben het genoeg om onder mijn zorg te vallen. Natuurlijk niet alleen mijn zorg, want samen met de verpleegkundigen, verzorgenden en paramedici helpen we de patiënten beter te worden. Bovendien sta ik onder supervisie van een longarts, dus eigenlijk ben ik gewoon een pion op het bord.

Als ik samen met de verpleegkundige visite loop op de afdeling los ik naar mijn beste kunnen de dagelijkse dingen op. De dingen die ik niet weet vraag ik aan de supervisor. Maar die zit natuurlijk ook niet te wachten op 100 onzinnige vragen. Daarnaast heb ik ook wel de drang om dingen zelf uit te willen zoeken en op te lossen.

De patiënten op mijn zaal hebben of een exacerbatie (aanval) van hun COPD (chronische longziekte), een longontsteking of allebei. Ik heb thuis uitgebreid de richtlijnen ten aanzien van de behandeling hiervan bestudeerd, dus ik heb wel het gevoel dat ik ongeveer weet wat ik aan het doen ben. En daar heb ik tijdens de visite maar weinig aan. Natuurlijk helpt het wel wat, maar de meeste dingen die je moet oplossen hebben weinig te maken met de reden waarvoor ze opgenomen liggen.

‘Patiënt A heeft obstipatie, mag zij iets voor de ontlasting?’

‘Euhm, lijkt me prima.’

‘Patiënt B is wat verward, moet daar de geriater of psychiater bij?’

‘Was ze thuis niet ook al zo?’

‘Ja, misschien wel.’

‘Laten we nog maar even aankijken dan.’

‘Mag het infuus er uit bij patiënt C?’

‘Waarom heeft hij een infuus dan?’

‘Geen idee. Dat moest van de interne geneeskunde dacht ik.’

‘Nou, even in de papieren bladeren. Daar kom ik nog op terug.’

En zo gaat het ongeveer een uur lang. Ik weet op lang niet alle vragen een antwoord. Ik ben niet het orakel wat ik graag zou willen zijn. Gelukkig helpt de verpleegkundige me soms een handje.

‘Mag patiënt D iets tegen de misselijkheid?’

‘Prima. Ik moet nog even uitzoeken wat. Dat weet ik niet meer zo goed.’

‘De meeste assistenten geven iets van primperan.’

‘Goed idee.’

Verpleegkundigen van Nederland: dank voor alle goede zorgen en geduld voor deze jonge dokter.

## Wereldvreemd

Een situatie zonder zuurstof is niet verenigbaar met het leven. Dat is niet helemaal waar, want buiten enkele bekende eencelligen zijn er vrij recent meercellige organismen ontdekt die zonder zuurstof kunnen leven.<sup>21</sup> Maar aangenomen dat u, de lezer, geen corsetdiertje op de bodem van de Middellandse Zee bent kunt u niet zonder zuurstof.

Op de longafdeling liggen met enige regelmaat patiënten die (relatief) zuurstof tekort komen. Om uiteenlopende redenen overigens, maar rokers zijn wel buitenproportioneel vertegenwoordigd in deze groep. Ongeacht de oorzaak, in het ziekenhuis kunnen we extra zuurstof toedienen. De meeste mensen knappen gedurende de opname in het ziekenhuis zodanig op dat ze geen extra zuurstof meer nodig hebben voordat ze naar huis gaan.

Sommige mensen hebben een dermate beperkte longfunctie dat ze chronisch zuurstof tekort komen. Voor het schappelijke bedrag van ongeveer € 7000,- per jaar kan iemand zuurstof in de thuissituatie krijgen. Dat is geen pretje, want naast de ongemakken van het dragen van een neusbril is het continu inblazen van lucht in je neusgaten erg vervelend. Een patiënt vergeleek het met zandstralen van de neusholte. Daar kan ik me iets bij voorstellen. Ter illustratie: € 7000,- per jaar staat ongeveer gelijk aan zes en een half jaar accijnzen aan sigaretten als iemand een pakje per dag heeft gerookt.

Wat schetst mijn verbazing? Het blijkt dat er een recreatieve markt is voor zuurstof. In zogenaamde *Oxygen Bars* kun je 'zuurstof als welzijnsproduct tot je nemen'. Of zuurstof met toegevoegde aroma's. Hoewel ik me afvraag of het voor gezonde mensen enig effect heeft, is het een briljant commercieel concept. Wie wil er niet een 'verlichtende werking voor lichaam en geest' ervaren?

Hoe is het mogelijk dat mensen zich vrijwillig even gedragen als een longpatiënt in het eindstadium van zijn of haar ziekte? Ik vraag me wel eens af of ik wereldvreemd ben of dat ik in een vreemde wereld leef.

---

<sup>21</sup> In de diepere gedeeltes van de Middellandse Zee zijn organismen gevonden die hun gehele leven zonder zuurstof door kunnen brengen. Zie ook:

Danovaro R, Dell'Anno A, Pusceddu A, Gambi C, Heiner I, Kristensen RM. The first metazoa living in permanently anoxic conditions. *BMC Biol.* 2010 Apr 6;8:30.

## Het roer moet om

Ondanks al die jaren studeren kan ik nog niet geheel zelfstandig aan het werk. Alleen al omdat de geneeskundeopleiding erg breed is ingericht en in het ziekenhuis specialistische zorg geleverd wordt. Daarom sta ik, net als de artsen die in opleiding zijn tot specialist, onder directe supervisie van een ervaren specialist. In de praktijk houdt dat in dat ik ongeveer alles moet overleggen. Formeel zelfs alle kleine dingen (of iemand paracetamol mag hebben voor pijnklachten) Gelukkig is de praktijk wat dat betreft wat soepeler. Maar alle (echte) medicijnen die ik wil geven en alle onderzoeken die ik wil ondernemen of aanvragen moet ik overleggen.

Dat is voor de kwaliteit van de geleverde zorg essentieel, maar daarnaast ook erg goed voor mijn leerproces. Als ik een casus of klinisch probleem voorleg aan mijn supervisor krijg ik naast adviezen over het te voeren beleid ook altijd wel wat uitleg over de reden waarom. Van elk overleg leer ik weer iets bij. Zo bepalen we, de supervisor en ik, samen het beleid voor de patiënten op mijn stukje van de afdeling.

Vandaag heb ik een andere supervisor dan ik tot nu toe heb gehad. En dat merk je toch. Deze supervisor stelt andere vragen en vindt andere zaken belangrijk. Op de vraag waarom ik een bepaald laboratoriumonderzoek heb aangevraagd, antwoord ik dat we op die manier de longontsteking in de gaten houden. De supervisor van vandaag vindt dat maar onzin. Je kunt dan toch prima varen op 'de kliniek' (bevindingen bij lichamelijk onderzoek). Of iemand koorts heeft of hoe iemand erbij zit. Ik durf niet te zeggen dat het ingezette beleid afkomstig is van zijn collega. Blijkbaar zijn ze een andere mening toegedaan over bepaalde zaken. Nou, eigenlijk over alles zo'n beetje. Tijdens de ochtendvisite wordt het gehele antibioticabeleid herzien, twee patiënten geschikt gevonden voor ontslag en een diagnose aangepast.

Ik wist dat geneeskunde geen exacte wetenschap was, maar dat beleid zo kon wisselen van dokter tot dokter is voor mij een eyeopener. Bij elke beleidswijziging krijg ik weer een nieuwe argumentatie te horen. Uiteindelijk vorm je je eigen gedachten over hoe de dingen zouden moeten en dan is het goed om vele zienswijzen mee te krijgen. Het doet me denken aan wat mijn vader vaak tegen me zegt:

'Onderzoekt alle dingen en behoudt het goede.' -Tessalonicenzen 5, 21

Blijkbaar gaan wijsheden uit de oudheid ook op in de moderne werkomgeving van het ziekenhuis. Zou er zo weinig veranderd zijn?

## Kritische gedachten

Van mijn ouders heb ik een aantal basisprincipes meegekregen. Doe je best, maak plezier en zorg goed voor jezelf en je omgeving. Goed voor jezelf zorgen houdt onder andere in dat je gezond eet, voldoende beweegt en je rust pakt als je dat nodig hebt.

Voor wat betreft mijn eigen gezondheid ben ik zeer stringent. Zelfs wat rigide. Ik heb nooit drugs gebruikt, nooit gerookt (zelfs geen trekje geprobeerd) en alcohol kan ik beperken tot het semi-verplichte glaasje bij oud en nieuw of de toast van het huwelijk van mijn zus. Niet iedereen hoeft er zo strikt mee om te gaan, maar ik denk wel dat het aantal gezondheidsklachten, en de daarmee gepaarde zorgkosten en ziekteleed, drastisch kunnen reduceren als meer mensen hun gezondheid wat serieuzer zouden nemen.

Op onze afdeling ligt een meneer van boven de 80. Overgewicht, hartfalen, longproblemen, nierfalen, herseninfarct, suikerziekte. Zo'n beetje alles wat aan die man stuk kan zijn, is stuk. Daar heeft hij zijn hele leven goed zijn best voor gedaan. Maar, met duizenden euro's aan medicijnen, veel *tender, love and care* en vooral een streng dieet kunnen we deze man in leven houden. Als de familie de man mee naar het personeelsrestaurant neemt en terugkomt met een lekkere moorkop word ik een beetje moedeloos. Zelfs een beetje boos.

Waarom doe ik eigenlijk ook mijn best als deze man en zijn familie dat niet doen? En naast deze man kan ik tientallen andere patiënten noemen waarin het gedrag van patiënten een directe negatieve uitkomst heeft op de gezondheid van mensen. Ik begrijp dat het ethisch allemaal niet kan, maar ik vind eigenlijk dat we deze man geen zorg meer hoeven te verlenen. Hij is dermate therapieontrouw dat al onze inspanningen maar een zeer beperkt effect hebben op zowel de kwaliteit als de lengte van zijn leven.

Ongezonde leefstijl is een steeds groter wordend probleem voor onze maatschappij. We vinden de vrijheid om te kiezen hoe we ons leven invullen een groot goed. Ik denk dat alle keuzes die we maken consequenties hebben. En als dat (ernstige) gezondheidsschade tot gevolg heeft, denk ik wel eens dat mensen daarmee hun recht op onbeperkte gezondheidszorg verspelen.

Wie durft deze precaire zaak aan de kaak te stellen?

## Gebruiksaanwijzing

Een moderne geneeskundeopleiding geeft, naast medisch inhoudelijk onderwijs, ook aandacht aan aangelegen competenties. Zaken als gespreksvoering en leren samenwerken zijn belangrijk voor het functioneren als arts. Toch is onderwijs niet altijd toereikend en leer je in de praktijk pas echt om ermee te werken.

Op de longafdeling werkt een zeer ervaren verpleegkundige, zo iemand die er al honderd jaar werkt. Zij heeft zich toegelegd op inhalatiemedicatie (de zogenaamde puffers). Dat is natuurlijk een hele waardevolle kwaliteit voor een longafdeling. En juist door haar hartstochtelijke toewijding aan het kiezen van de juiste puffers kwam het tot een confrontatie.

Mijn primaire belang op het gebied van medicijnen is dat ze goed en veilig werken. Het maakt mij persoonlijk niets uit of de medicijnen als inhalatiepoeder of als vernevelaar worden gegeven – het gaat mij om de stof. Gemakshalve geef ik vaak de vernevelaar (daar doen een hoop mensen het prima op) en pas dat wel aan als er klachten zijn.

'Ik vind het zo jammer dat jullie artsen nooit stilstaan welk medicijn het beste is voor de patiënt. Jullie hebben er ook te weinig kennis van, dus jullie doen maar wat. Je kunt er niet zomaar vanuit gaan dat een vernevelaar het beste werkt.'

Dat is ongeveer het eerste wat deze verpleegkundige tegen mij zegt. Ik antwoord iets in de strekking van dat de toedieningsvorm ons ook eigenlijk weinig uitmaakt en we graag de expertise van onze verpleegkundigen gebruiken om te bepalen welke vorm beter is. Ik stel voor om dan maar een poederinhalator voor te schrijven. Dat is te kort door de bocht.

'Daar gaat het niet om. Het gaat om het principe. De patiënt staat centraal, daar moet het om gaan.'

Alle de-escalerende gespreksvaardigheden ten spijt, ik word een kwartier tuchtig en belerend toegesproken. Ik krijg even een bak frustratie over me uitgestort. Nu weet ik niet goed of dat komt omdat ik de minst ervaren collega op de afdeling ben, of dat het een persoonlijke kruistocht van deze verpleegkundige is. Gelukkig hoor ik later van collega's dat ze allemaal *the talk* hebben gehad. Juist mijn onverschillige reactie lokte haar reactie uit.

Op de juiste manier je collega's aanspreken maakt dat ze een waardevolle bijdrage kunnen leveren of juist niet. Iedereen heeft een gebruiksaanwijzing. Ook je collega's (en ikzelf natuurlijk ook).

## It's all about the money

Nederland, evenals de rest van Europa, moet bezuinigen. Althans, dat hoor ik overal. Ik pretendeer niet dat ik er verstand van heb, dus ik ga er maar even vanuit dat het wel nodig zal zijn. In het kader van de bezuinigingen kwam de overheid recent met het volgende plan. Afgestudeerde artsen die in opleiding zijn tot specialist (de zogenaamde AIOS) zouden moeten meebetalen aan de opleiding. En wel € 13.400,- per jaar gedurende zes jaar.<sup>22</sup>

In de maatschappij bestaat het beeld dat artsen goed verdienen. Het startsalaris van een afgestudeerde arts ligt hoger dan van een 'gemiddelde WO-afgestudeerde', aldus de werkgroep.<sup>23</sup> Dat klopt, maar de opleiding geneeskunde duurt dan ook langer dan de meeste andere universitaire opleidingen. Voordat het bachelor-master systeem werd ingevoerd moesten studenten geneeskunde na hun doctoraal nog twee jaar coschappen volgen voordat ze zichzelf arts mochten noemen. Dat is in feite een tweejarige postuniversitaire vervolgopleiding. Artsen hebben dus meer opleiding genoten dan de andere beroepen waarmee zij vergeleken worden.

Daarnaast werken AIOS gemiddeld langere diensten en onder een hogere werkdruk dan de meeste andere beroepen.<sup>24</sup> Ook de weekend-, avond- en nachtdiensten maken dat je een hoop opzij moet zetten voor je werk. Als je het salaris afzet tegen de urenbelasting kom je uit op een bruto uurloon van nog ongeveer €16,- per uur. Nu is dit aanzienlijk beter verdienen dan kinderen die in India voetballen in elkaar naaien, maar het is ook weer geen exorbitant bedrag.

Het huidige voorstel zou betekenen dat AIOS meer dan 30% van hun bruto jaarsalaris moeten inleveren. Dat zou acceptabel zijn, omdat de opleiding een investering is. Als medisch specialist verdien je meer, maar dat verschilt erg per vakgebied. De (schandalige!) uitzonderingen van sommige

---

<sup>22</sup> Een krantenartikel uit het NRC waar de bezuinigingsplannen worden toegelicht.  
<http://www.nrc.nl/nieuws/2012/06/12/medisch-specialist-moet-meebetalen-aan-zijn-opleiding-13-500-euro-per-jaar/>

<sup>23</sup> Het startsalaris van artsen ligt hoger dan de meeste andere universitaire opleidingen.  
<http://journalclubnl.wordpress.com/2010/02/13/hooqste-startersloon-voor-artsen/>

<sup>24</sup> In het verslag van de arbeidsinspectie over de werktijden en werkdruk van de arts-assistenten staan schokkende cijfers.  
[http://docs.minszw.nl/pdf/129/2009/129\\_2009\\_3\\_12822.pdf](http://docs.minszw.nl/pdf/129/2009/129_2009_3_12822.pdf)

specialisten die volgens gerucht tonnen per jaar binnenslepen is enkel het gevolg van mazen in een matig doordacht financieringssysteem. Gemiddeld verdient een medisch specialist (dus na twaalf jaar studeren) zo'n € 2850,- netto per maand.<sup>25</sup> Dat is overigens minder dan de leden in de Tweede Kamer verdienen – en die krijgen nog meer vakantiedagen ook!<sup>26</sup>

Nu ben ik niet klagerig aangelegd en ik houd er helemaal niet van om te zeuren over geld. Ik denk dat je een beroep moet kiezen omdat je het leuk vindt om te doen, maar is het echt redelijk om AIOS (na minstens 6 jaar studie) voor nog geen € 10,- netto per uur aan te laten werken?

---

<sup>25</sup> Medisch specialisten verdienen lang niet zoveel als de meeste mensen denken. <http://www.loonwijzer.nl/home/salaris/salarischeck?job-id=2212990000000>

<sup>26</sup> Ooit willen weten hoeveel een Tweede Kamerlid per maand op zijn bankrekening gestort krijgt? <http://www.parlement.com/9291000/modulesf/gpql3r8j>

## Wederkerigheid

Wederkerigheid is een bekend concept in de psychologie. Als mensen iets krijgen, dan zijn ze eerder geneigd om iets terug te geven. Dit principe wordt breed toegepast door de lieden van de marketing. Door allerlei (onbenullige) dingen te geven aan een klant blijven ze merktrouw of komen ze nog eens langs bij jouw winkel. Vreemd genoeg lijkt dit concept niet van toepassing op de Nederlandse zorg. Vrij regelmatig leidt meer liefde en aandacht niet tot wederkerigheid maar tot een *carte blanche* om kritiek te uiten. Wij, Nederlanders, stellen vrij hoge eisen aan de zorg.

Jaarlijks verschijnen er ook vanuit meerdere instanties lijstjes met 'de beste ziekenhuizen' van Nederland.<sup>27,28</sup> Op allerlei niet ter zake doende (of iemand via een *apart* gedeelte op de website van het ziekenhuis voorlichting kan krijgen over een heupprothese) en subjectieve (mening van patiënten over deskundigheid van artsen, kwaliteit van verzorging en de ontslagprocedure in één rapportcijfer) criteria wordt het kaf van het koren gescheiden. Het ziekenhuis waar ik nu werk behoort op de ene lijst bij de beste 50 en op de andere lijst bij de slechtste 50. En dat was vorig jaar overigens precies omgekeerd!

Elke verjaardag hoor ik van familie of bekenden aan welke dwaling van een zorginstantie zij hebben meegemaakt. Het is toch belachelijk dat... U vult het maar in. En de ellende is dat ze vaak ook nog wel een punt hebben. De oplossingen voor deze problemen zijn overigens universeel: een beetje meer aandacht en een beetje meer investeren.

Het concept van wederkerigheid lijkt geheel verdwenen uit de zorg. In de zorg is geen ruimte meer voor mensenwerk, het moet perfect. Dat er verpleegkundigen zich de benen uit het lijf rennen maakt niet uit, want het wachten als een patiënt op de knop duwt is altijd te lang. Hoe kundig een chirurg ook is, bij elke complicatie is hij een minkukel. Wij verwachten zorg van topkwaliteit voor een prikkie. Het mag vooral niet teveel kosten, want de zorgpremie is al zo hoog.

---

<sup>27</sup> De Ziekenhuis top 100 van 2012 volgens het Algemeen Dagblad.  
<http://www.ad.nl/ad/nl/1401/home/integration/nmc/frameset/nieuws/ziekenhuistop100.d.html>

<sup>28</sup> De beste ziekenhuizen van 2011 volgens Elsevier.  
<http://www.elsevier.nl/web/Nieuws/Wetenschap/319714/Elsevieronderzoek-De-beste-ziekenhuizen-van-2011.htm>



Er zijn nog maar enkele patiënten die last hebben van wederkerigheid. Van een mevrouw die er helemaal doorheen zat en na een inspirerende peptalk weer hoop had gaf mij een fles wijn. Een patiënt van wie we het echt niet verdiend hadden (een botte dokter op de poli, een complicatie bij een onderzoek) gaf de hele afdeling deze leuke plantjes omdat ze zo blij was voor alle steun en goede zorgen.

Als trofeeën staan ze op mijn kamer.



**Afbeelding 7:** Uw gebaar wordt gewaardeerd. Mijn dank is groot!

## Zit de stekker er wel in?

Als u, net als ik, enige affiniteit heeft met elektronica, dan is een telefonische helpdesk verschrikkelijk. In het verleden heb ik regelmatig met de helpdesk van een internetprovider mogen bellen. Het was zelfs zo vaak dat we het helpdesknnummer maar in onze 'voordeelnummers' hebben gezet om kosten te besparen. Ik kende het keuzemenu uit mijn hoofd en kon meezingen met de wachtmuziek, maar ik moest elke keer met de helpdeskmedewerker door het standaardprotocol om problemen op te lossen. Ik werd naar verloop van tijd ook steeds kwader als ze begonnen met de standaard vragenlijst.

'Zit de stekker van uw modem in het stopcontact?'

Na het gebruikelijke consult van vele minuten werd ik toch weer doorverbonden met de tweedelijns medewerker die mij inderdaad kon vertellen dat er wederom een storing was in de verdeelkast in de wijk.

Op de afdeling longziekten ligt een mevrouw met een vervelende longziekte. Mijn begeleiders en ik weten alleen nog niet precies welke. Belangrijkste voor nu is, naast diagnostiek, dat ze zuurstofbehoefstig is. Zonder extra zuurstof is haar zuurstofgehalte (saturatie) zo laag dat ze er schade aan kan overhouden. In de loop van de dag wordt mevrouw steeds benauwder. Haar zuurstofsaturatie daalt op een zeker moment zelfs tot de 64%, ondanks 15 liter zuurstof per minuut (dat is ongeveer een windtunnel aan zuurstof). Omdat het steeds slechter gaat, bel ik mijn supervisor, en zij belt de intensive care voor advies en om mevrouw eventueel op te nemen op de IC, waar ze veel meer mogelijkheden hebben om haar te beademen. In alle haast komen de helden van de IC. Een IC-arts, een coassistent (en een vriendin van me), een IC-verpleegkundige en een kar met toeters en bellen. Geroutineerd wordt mevrouw aangesloten op alle toeters en bellen en binnen één minuut hebben ze het probleem achterhaald. Het kapje waar ze zuurstof mee krijgt was aangesloten op de verkeerde plug in de muur. Al enkele uren heeft ze zonder extra zuurstof gelegen. Met het schaamrood op de kaken sluit de verpleegkundige van onze afdeling de slang juist aan. Binnen enkele seconden stijgt de zuurstofsaturatie weer naar acceptabele waarde. Gelukkig heeft mevrouw geen schade opgelopen.

Ze zeggen wel eens dat je fouten moet maken om ervan te kunnen leren. Bij multi-complexe probleemanalyse denken mensen vaak in multi-complexe oplossingen. We vergeten de basiszaken te controleren, want daar heeft vast wel iemand aan gedacht. Wijze les...

## Artsen zijn slechte patiënten

Regelmatig spreek ik mijn patiënten streng toe.

'U moet goed voor uzelf zorgen.'

Meestal bedoel ik dan dat ze goed moeten eten en voldoende rust moeten nemen. Luisteren naar je lichaam is de cliché uitspraak die ik elke dag doe. En de meeste mensen knikken schuld bewust. Ze hebben inderdaad ook de laatste tijd niet goed geluisterd naar hun lijf. Ze hebben even iemand nodig die hun handelen begrensd. Voor hun eigen bestwil. Toch lijkt die kennis over goed voor jezelf zorgen mijn onderbewustzijn niet voor mijzelf op te gaan. Ik voel mezelf onkwetsbaar. Misschien niet op de maandagmorgen of aan het eind van een lange dienst, maar daarbuiten zeker.

Het is – helaas – zo dat de levensverwachting van artsen minder goed is dan die van de gewone man. Daar is onderzoek naar gedaan en de conclusie liegt er niet om. Artsen zorgen niet goed voor zichzelf.<sup>29</sup> Lange diensten, slechte en gehaaste voeding en weinig slaap. Daarnaast roken en drinken artsen relatief meer dan anderen. Ik stond versteld toen ik het artikel las. Dat kan toch haast niet waar zijn?

Afgelopen week voelde een collega die de hele week avonddienst had zich niet zo lekker. Hij zag er ook wat pips uit. Maar ach, dat zien we allemaal tijdens een dienstblok. We hebben hem ook nog een beetje geplaagd toen hij zei dat hij zich niet goed voelde. Donderdagavond parkeerde hij op weg naar huis zijn auto tegen de vangrail van de snelweg. Hij had een kortdurende wegraking en hoge koorts. De ambulance bracht hem naar het ziekenhuis en aldaar constateerde men een dubbelzijdige longontsteking. De grap van de dag: een longarts in opleiding die zijn eigen longontsteking niet kon diagnosticeren.

Het zou mij, en mijn collega's, allemaal kunnen overkomen. Ik heb tijdens mijn coschappen met stevige hoofdpijn en koorts bevallingen begeleid (een dozijn koppen koffie en evenzoveel paracetamol) en met flinke diarree een poli neurologie afgewerkt (goed plannen en veel je handen wassen). Als dokter lijkt het bijna zo dat je niet ziek kan worden. Patiënten en collega's rekenen op jouw aanwezigheid. Bij afwezigheid moeten je collega's het werk opvangen of worden er patiënten teleurgesteld. Bij ziekte blijf je niet thuis – dat lijkt niet in het arbeidsethos van een arts te zitten. Of we zijn gewoon te eigenwijs om in te zien dat we zelf ook wel eens ziek worden.

---

<sup>29</sup> Artsen hebben een lagere levensverwachting dan 'de normale man'.

[http://www.bartmeijervanputten.nl/archief2007/Levensverwachting\\_artsen.htm](http://www.bartmeijervanputten.nl/archief2007/Levensverwachting_artsen.htm)

## Hygiëne, het zal ons een zorg zijn

Nog niet zo lang geleden (in de zomer van 1847) ontdekte Ignaz Semmelweis dat kraamvrouwenkoorts veroorzaakt werd door gebrek aan hygiëne. De artsen die obductie (snijden in dode lichamen) uitvoerden op de snijzaal gingen zonder hun handen te wassen door naar een bevalling. Door het wassen van de handen in bleekwater daalde de sterfte van de kraamvrouwen in het gerenommeerde *Allgemeines Krankenhaus* in Wenen van 18% naar minder dan 1%. Deze simpele interventie was revolutionair. Dat hygiëne belangrijk is, is de afgelopen 150 jaar meermalen aangetoond. Heden ten dage heeft elk zichzelf respecterend ziekenhuis een ziekenhuishygiënist. Dat is iemand die alle interventies rondom het voorkomen van verspreiding van bacteriën predikt. Eén van de voorschriften is dat elke werknemer dagelijks een schone outfit haalt bij de textielservice (moderne naam voor wasserette). De praktijk is helaas anders. Als u me niet gelooft, kijk maar even naar het aantal penstrepen bij de borstzak van de jas. Die zijn echt niet in één dag verzameld. Artsen hebben uiteenlopende redenen om een schone jas te halen.

‘Pas als de kraag van de jas echt zwart is haal ik een nieuwe jas.’

‘Verdorie, heb ik net vorige week een jas gehaald, zitten er nu al weer koffievlekken op.’

Het is niet zo dat ik niet begaan ben met uw gezondheid. Ik heb me in het begin van de coschappen echt voorgenomen om braaf elke dag een nieuwe jas te gaan halen, maar dat kost zoveel tijd. Het uitgiftepunt is in de kelder aan de andere kant van het ziekenhuis. Buiten dat het een traag apparaat is, staat er ook vaak een rij. Allemaal niet echt aantrekkelijke factoren om even snel een schone jas te halen.

Maar niet alleen de doktersjas is een vehikel voor ziekteverwekkers, ook onze instrumenten (stethoscoop, reflexhamer, pen) en sieraden (horloge, ketting, oorbellen). De vellen springen van je handen als je echt volgens de voorschriften, tussen elk patiëntencontact, je handen moet desinfecteren met handenalkohol. Dus zijn wij eigenlijk nog steeds, 150 jaar na de ontdekking van hygiëne, de grootste bron van infecties in het ziekenhuis. Alle energie van de ziekenhuishygiënisten ten spijt. Semmelweis draait zich om in zijn graf.

Misschien moeten we het anders aanpakken. Overal in het ziekenhuis bordjes met: “Pas op, uw arts kan gecontamineerd zijn.” Patiënten betrekken in het hygiëneproces: ‘handen wassen na het contact met de arts’, is het devies. Of zou er nog hoop zijn dat artsen hun leven beteren?

## Op jacht naar de diagnose

Vijf weken geleden heb ik een mevrouw van achterin de 70 op mijn afdeling gekregen. Sinds enkele weken wordt zij toenemend benauwd, daarvoor had ze eigenlijk weinig lichamelijke klachten. De benauwdheid bleek veroorzaakt te worden doordat zij vocht achter haar linkerlong had. Omdat geneeskunde niet het meest lastige vak is, is het beleid simpel. Allereerst het vocht via een slangetje draineren en vervolgens achterhalen waarom het vocht daar gekomen is.

De lijst van oorzaken voor vocht achter één long is tamelijk kort, en het merendeel is slecht nieuws voor de patiënt. Toch ben ik er van overtuigd dat deze mevrouw de uitzondering op de regel is en gewoon lekker naar huis zal gaan. Uit de eerste onderzoeken komt geen oorzaak en dus moeten we verder zoeken. Het beste zou zijn om middels een thoracoscopie (kijkoperatie van de borst) de long en longvliezen te bekijken en daar bipten (weefsel) van te nemen. Dit onderzoek is niet zonder risico's, omdat ze afgelopen weken al flink verzwakt is. Omdat de drang om een diagnose te stellen groot is bij zowel de artsen als mevrouw zelf wordt toch besloten om de ingreep te verrichten. Bij het plaatsen van een nieuwe drain doet zich een complicatie voor. De milt wordt geraakt en mevrouw moet in de loop van de nacht met spoed geopereerd worden. De volgende dag zie ik haar met een enorm litteken op haar buik. Ook is ze flink delirant (verward) en weet ze eigenlijk niet goed meer wie alle mensen om haar heen zijn. Helaas moet ze enkele dagen later weer geopereerd worden omdat de buikwond is opengescheurd (platzbauch; googlen op eigen risico!). Inmiddels is ze zo delirant dat we haar moeten fixeren (vastbinden) op bed omdat ze zichzelf anders verwondt. Uiteindelijk is ze zo verzwakt, verward en ziek dat ze komt te overlijden.

De patholoog vertelt dat de tumor in haar long zo groot was dat er eigenlijk weinig functioneel longweefsel over is gebleven. Bovendien was de tumor het hart ingegroeid. Met een tumor van dit formaat zou zij in zeer korte tijd overleden zijn. Misschien heeft de beste man wel gelijk, maar zo voelt het niet. Vijf weken geleden kwam mevrouw lopend binnen en nu ligt ze op de obductietafel met al haar organen op de tafel ernaast. Het zal wel dat ze door haar tumor een beperkte levensverwachting had, maar ik kan het gevoel toch niet van me af slaan dat we door de gecompliceerde thoracoscopie en twee buikoperaties die daarop volgden haar levenseinde hebben bespoedigd. Nou ja, we hebben in ieder geval de diagnose. Was dat het allemaal wel waard?

## Leermeester

Op onze afdeling komen ook 'reguliere' coassistenten. Nog niet zo lang was ik een reguliere co, wat eigenlijk inhoudt dat een geneeskundestudent een paar weken 'op bezoek' is en daarna weer verder gaat. Langzaam zie ik het verschil in niveau tussen mij en die reguliere coassistenten. Niet om mezelf de hemel in te prijzen, maar bepaalde dingen heb ik al geleerd in de afgelopen periode. En het is ongetwijfeld zo dat de reguliere co's over een jaar op hetzelfde niveau zijn als waar ik nu ben, maar tot die tijd heb ik een jaar voorsprong.

'Wil je me laten zien hoe ik een bloedgas prik?'

Nog geen jaar geleden werd mij dit geleerd door de assistent van de interne geneeskunde. Ik leg eerst een stukje theorie uit en neem kort door welke handelingen verricht moeten worden. De coassistent geeft aan dat ze het begrepen heeft en durft na enige aanmoediging een patiënt te prikken. Haar handen trillen en de zweetdruppels staan op haar voorhoofd. Toen ik het vorig jaar voor het eerst deed was dat ongetwijfeld ook het geval, maar ik kan het me niet meer herinneren. Ik was toen te druk bezig met de handeling op zich. Geen succes bij de eerste keer prikken. Bij de tweede keer prikken herken ik de glimlach op haar gezicht als het bloed in het buisje stroomt.

'Welk antibioticum moet ik geven voor een longontsteking?'

Nog geen jaar geleden stelde ik dezelfde vraag. Terwijl ik de nuances voor het behandelen van bijzondere ziekteverwekkers (zoals legionella of ziekenhuisbacteriën) uitleg, valt me op dat de coassistent aantekeningen aan het maken is. Help! Wat is dit nou? Wat ik zeg wordt ineens aangenomen voor de waarheid. Nu ben ik vrij zeker van mijn zaak op dit gebied (gesteund door de richtlijn die ik vorige week nog eens geheel heb doorgenomen omdat ik iets niet wist), maar dit is wel een gek gevoel.

Onopgemerkt ben ik van 'alles moeten vragen' naar 'ik weet al een paar dingen' gegaan. Wat is het leuk om te zien dat anderen van je kunnen leren!

## Spoedzorg als het u uitkomst

In Nederland is de huisarts de primaire verwijzer naar het ziekenhuis. Een huisarts kan verwijzen naar een polikliniek voor niet-spoedeisende zorg of naar een eerstehulppost. Daarnaast kunnen burgers altijd en overal bellen met 112 om via de ambulancedienst naar het ziekenhuis te komen. Maar wat moet je doen als het ziekenhuis twee straten verder is en je hulp nodig hebt? Dan mag je gewoon *en passant* het ziekenhuis binnenlopen. Tot zover geen onduidelijkheden. Wat weinig mensen weten, maar volgens mij iedere dakloze weet, is dat het ziekenhuis verplicht is om hulp te verlenen. Ook als u zich op een eerste hulp post meldt en er niets spoedeisend aan de hand is, mag u niet weggestuurd worden zonder een (para)medicus gezien te hebben. Dokters kunnen wel besluiten om verdere behandeling op de polikliniek of elders in te zetten, maar u moet gezien worden. En vanwege allerlei juridische consequenties moeten artsen in het ziekenhuis veel meer diagnostische middelen inzetten dan de huisarts.

Voor mij zit een vitale man van rond de 40 jaar die uit eigen beweging naar het ziekenhuis is gekomen. Hij heeft in de loop van de dag toenemende pijn gekregen bij ademen. Hij is bang voor een longembolie, want dat heeft hij vroeger na een knieoperatie ook eens gehad. Bovendien heeft hij recent een lange vliegreis gemaakt, waarvan bekend is dat dit een risicofactor is voor het ontwikkelen van trombose. Alle reden dus om een CT-scan te maken om een longembolie uit te sluiten. Ik prik gelijk bloed en de scan kan binnen een half uur gemaakt worden. Het analyseren van het bloed en de scan kost ongeveer anderhalf uur. Als ik hem dit uitleg, vertelt hij mij het volgende:

'Als het allemaal zo lang duurt dan wacht ik het thuis wel af. Ik ga hier niet een avond zitten wachten.'

En hoe goed ik het probeer uit te leggen, hij wil naar huis. Hij was een dagje naar het strand met de familie en wilde gewoon even voor de zekerheid naar het ziekenhuis. Vanavond had hij met vrienden afgesproken en hij vond het allemaal maar onzin dat we alles uit de kast haalden. En dus gaat meneer ontevreden naar huis.

Hij is helaas niet de eerste en ook zeker niet de laatste die op deze manier gebruik maakt van spoedeisende zorg. Zullen we, zeker met het oog op de bezuinigingen, met zijn allen afspreken dat alleen *Spoedeisende zorg* naar de *Spoedeisende hulp* komt en alle andere zorg gewoon via de huisarts gaat?

### Lang leve het EPD (3)

Anno 2012 leven we echt in het digitale tijdperk. Bloeduitslagen, röntgenfoto's en brieven bekijken we digitaal. Daar komt geen papier meer aan te pas. Vanaf vandaag doen we daar nog een schepje bovenop: ook de statusvoering wordt geheel digitaal. Dus alle tekst die artsen in de status kriebelen moet via de computer. De software is aangepast. Alle informatie moet nu via een formulier ingevuld worden. Naast dat elke klik in het systeem een seconde later pas een respons geeft is het werken met formulieren weinig flexibel. Als ik een bepaald informatieveld niet kan of wil invullen omdat het niet relevant is, straft het systeem me onmiddellijk af. Een keiharde foutmelding en enkele seconden wachten. Frustraties alom. Het is misschien nog lastiger om de specialisten zover te krijgen dat ze het ook daadwerkelijk gaan doen. Ondanks de onschatbare waarde aan medische kennis die ze bij zich dragen zijn een aantal van hen echt een digi-dinosaurus. Waar ik met 10 vingers een epistel in de computer klop terwijl ik ondertussen met iemand praat, zie ik mijn baas met twee vingers vechten op het toetsenbord. Daarnaast hebben veel mensen die weinig ervaring hebben met computers last van *klikangst*. Klikangst is de irreële angst dat het systeem in rook op zou kunnen gaan als de gebruiker op het verkeerde knopje klikt.

Na verloop van tijd zullen ongetwijfeld de kinderziektes verdwijnen, net zoals de klikangst. Het is nu even een investering, maar later is dit vele malen gemakkelijker werken dan op papier. Althans, dat beloven de heren van de automatisering. Ze hebben gelijk, denk ik. Als het systeem goed werkt, kun je snel en gemakkelijk informatie over een patiënt opzoeken. Ook informatie uitwisselen tussen ziekenhuizen zal gemakkelijker worden. Ik hunker naar een goed werkend elektronisch patiënten dossier.

Ooit zal ik mijn kinderen vertellen dat ik gewerkt heb met pen en papier. Zij zullen mij dan uitlachen en vragen waarom ik niet digitaal aan de slag was. Het antwoord is simpel. Omdat er sinds vanmiddag wederom storing is op het netwerk en ik digitaal verlamd ben. Pen en papier faalt nooit.



## Onredelijke eisen?

Een enkele collega acht zichzelf een baken van hoop en goedheid en straalt dat irritant genoeg ook uit. Als een Messias brengen zij Gezondheid. Ik denk dat de functie van een arts vooral praktisch is. Iemand heeft een probleem en gaat daarmee naar een expert op dat gebied. Voor het bouwen van een huis ga je naar een aannemer, voor het aanleggen van een toilet naar een loodgieter en voor gezondheidsproblemen naar een arts.

Toch is er een verschil. De eisen die patiënten stellen aan hun arts zijn anders dan de eisen die ze stellen aan bijvoorbeeld de postbezorger. U wilt een vriendelijke arts. Zo eentje die de allerbeste zorg levert en geen fouten maakt. Het liefst ook eentje die buiten kantooruren beschikbaar is, want dat is wel zo makkelijk met uw werk. Zo een die nooit op vakantie gaat, want een vervanger is eigenlijk ook niets. Daarnaast moet het ook vooral goedkoop zijn, want Nederlanders vinden al dat ze genoeg betalen voor hun zorgverzekering. En daar heeft u groot gelijk in, want zo'n arts wil ik ook. Het gaat toch om je gezondheid?

Ik word in het dagelijkse leven vaak te woord gestaan door botte mensen. Ik mag met enige regelmaat met een helpdesk van een telecoomaanbieder of energieleverancier bellen omdat er weer eens iets mis is met hun diensten. Ik verbaas me er elke keer over hoeveel geld ik in mijn benzinetank gooi. Waar blijft dat geld? Ik kan buiten kantooruren niet terecht bij een bank of het gemeentehuis. Waarom niet? Gaat er dan niets meer goed in onze maatschappij? Onlangs ontdekte ik dat er gelukkig nog wel een paar dingen goed gaan.

Ik sta met mijn auto langs de weg. Het trouwe rijtuig wil niet meer starten. Ik neem contact op met de ANWB en een kleine 90 minuten later staat Rob, de monteur, naast mij. Een matige responstijd voor een locatie binnen de randstad als je het mij vraagt. Er voltrekt zich een tafereel dat niets anders dan magisch mag heten. De motorkap omhoog, even de basale functies controleren, op 25 plaatsen de spanning doormeten. Even nadenken, ander instrument pakken, nog eens meten. Na 15 minuten is het probleem gevonden en verholpen. Een zekering was gesneuveld. Na het vervangen van het defecte onderdeel rijdt mijn auto weer als een zonnetje. Ik tevreden omdat het probleem is verholpen, Rob is tevreden omdat ik tevreden ben. Toen realiseerde ik me dat Rob en ik hetzelfde werk doen, alleen hij kan het met auto's en ik met mensen.

Een goed moment voor introspectie. De functie van een arts is inderdaad niet veel anders dan vele andere taken in de maatschappij. Ik stel dezelfde eisen aan de wereld als de wereld aan mij (als arts) stelt. Ik verwacht van anderen goed werk en is het daarom niet vreemd als mensen het ook van mij verwachten.

## Eindeloos optimisme

Hele takken binnen de economie zijn gespitst op het voorspellen van de toekomst en daar naar handelen. Handelen met voorkennis maakt het mogelijk om winst te maximaliseren. Recente veranderingen in onze economische omstandigheden hebben overigens laten zien hoe betrekkelijk die voorspellingen zijn. Op het gebied van gezondheidszorg is het handelen naar toekomstvoorspellingen minder in zwang. Iedereen weet dat roken slecht is voor de gezondheid, maar ondanks dat blijven veel mensen gewoon roken. Er worden dan voorbeelden aangehaald als: 'mijn grootvader werd 92 jaar en rookte als een schoorsteen.' Mensen zijn optimisten, een enkele doemdenker daargelaten. We gaan er vanuit dat onheil ons niet zal treffen.

Tot de afrekening komt. Een hartinfarct doet veel patiënten tot inkeer komen. Het was misschien niet zo verstandig om jarenlang ongezond te leven. We marchanderen, we onderhandelen, we slikken pillen en beteren ons leven. Maar gedane zaken nemen geen keer.

Op onze afdeling ligt een mevrouw van achter in de 70. Ik denk dat zij gedurende haar leven meer dan € 100.000,- aan tabakswaar heeft verstoofd. Drie maanden geleden werd een verdacht vlekje op haar long gezien. De dag dat ze hoorde dat ze misschien longkanker zou hebben is ze terstond gestopt met roken. Nu mevrouw opgenomen is, zit ze er wel een beetje doorheen. Dit had ze nooit verwacht. De moralist in mij wil haar graag op de zwart omrande tekst wijzen op de pakjes sigaretten, maar dat zal op dit moment weinig opleveren. Misschien is het tegen beter weten in, maar op dit moment heeft ze even een hart onder de riem nodig.

'We weten het nog niet helemaal zeker. Misschien kan het nog iets anders zijn, bijvoorbeeld tuberculose.'

Ik geloof er zelf nauwelijks in, maar het lijkt haar wat te kalmeren. Misschien maakt mijn uitspraak het wachten op de uitslagen van de onderzoeken wat dragelijker. En, tegen alle verwachtingen in, mag ik haar een paar dagen later vertellen dat het toch geen kanker is maar waarschijnlijk tuberculose. Mevrouw en haar familie zijn door het dolle van geluk.

Eind goed al goed? Nee, want ik zie het pakje zware shag bij de dochter van de patiënte nog in de tas zitten. Waar komt toch dat eeuwige optimisme vandaan?

## **De harde werkelijkheid**

Op televisie is zeker een klein dozijn aan soaps te volgen over het fantastische leven in het ziekenhuis. Buiten dat niet alle medewerkers in het ziekenhuis eruit zien als modellen, hebben ze op televisie aanzienlijk meer tijd voor sociale perikelen. Ook de werkzaamheden zijn vaak minder rooskleurig dan op televisie te zien is. Zelfs de werkplekken op televisie zien er beter uit dan de werkelijkheid. De kamer van de arts-assistenten waar ik zo'n vier maanden dagelijks werk, is een pareltje van arbeidsvitaminen. De werkkamer is ongeveer 4 bij 5 meter en er werken vier tot negen mensen. De kamer heeft aan slechts aan één zijde ramen, en die zijn van matglas, omdat naast onze werkkamer de ontspanningsruimte is van de patiënten van de afdeling neurologie. Het enige daglicht dat direct onze ruimte in kan, komt via de deur.

Onze werkkamer heeft maar beperkte airconditioning. Het is er na 9:00 uur al zo warm dat we de deur maar wagenwijd openzetten. Een bijkomend nadeel van zo'n opendeurbeleid is dat er elke dag wel tien bezoekers of patiënten de weg komen vragen. Op het moment dat er patiëntgevoelige gegevens besproken moeten worden gaat de deur dicht en wordt de ruimte al snel een broeikas. Aan het einde van de dag loop ik vaker met dan zonder hoofdpijn het gebouw uit.

De werkelijkheid die de soaps voorschotelen is niet overeenkomstig met de werkelijkheid van alle dag. En dat is misschien maar goed ook. Ik ben blij dat ik niet in een werksituatie zit waarin de hoofdverpleegkundige (die eruit ziet als topmodel) er met de chirurg vandoor gaat en een andere collega nog snel even een hartoperatie doet voordat hij naar een benefietgala gaat. Ik ben blij dat ik in de werkelijkheid aan het werk ben, maar er is altijd ruimte voor verbetering. Om te beginnen met daglicht en airconditioning. Dan hebben we het later wel over die delegatie fotomodellen als collega's.

## **Studeren zonder zorgen over morgen**

Om van je geneeskundestudie een heerlijke tijd te maken heb je een beetje intelligentie, aanzienlijk wat discipline en een flinke scheut jeugdige enthousiasme nodig. Wat het extra leuk maakt is dat de studie zo lang duurt. Telkens een nieuw tentamen of ander doel om naar toe te werken en te behalen. De cadans van studeren zonder zorgen over morgen werkt verslavend.

Binnenkort sta ik voor een probleem waar ik zes jaar niet voor gestaan heb. Mijn gehele studietijd heb ik toegewerkt naar dit moment. Al meer dan een jaar weet ik de exacte datum van mijn afstuderen. En nu dat moment nadert overvalt het me vreemd genoeg een beetje.

En nu?

Ik ben zes jaar geleden de geneeskunde studie begonnen met het idee om revalidatiearts te worden. Gedurende de bachelorfase van de studie trok de diepgang van de interne geneeskunde mij steeds meer. In mijn eerste masterjaar heb ik op een blauwe maandag nog eens serieus overwogen om geriater te worden. Ook het coschap neurologie vond ik fantastisch. Uiteindelijk heb ik gekozen om mijn laatste coschap op de longafdeling te volgen. Interne geneeskunde, maar dan iets meer afgebakend en toegespitst op een fantastisch mooi orgaan.

Een half jaar geleden had ik u met volle overtuiging kunnen vertellen dat een carrière als longarts voor mij in het verschiet lag. Afgelopen weken heb ik het ontzettend naar mijn zin gehad, maar dit is toch niet waar ik naar op zoek ben. En dus moet ik ineens gaan nadenken over wat ik na mijn studie wil gaan doen.

Ik heb familie, vrienden, collega's en een aantal docenten van de universiteit bereid kunnen vinden om te sparren. Dan moet je verder kijken dan de horizon en buiten de gebaande paden durven gaan. Ik had nooit gedacht dat ik als arts voor defensie zou gaan werken, maar ik kan me geen mooiere baan voorstellen.

De les die ik hieruit heb geleerd wil ik wel delen. Denk altijd na wat je morgen zou willen doen, want voor je het weet staat morgen voor de deur.

## 10.000 uur verder

Malcolm Gladwell postuleerde vrij recent dat vrijwel iedereen overal een expert in kan worden als je er maar genoeg tijd in stopt. Zijn '10.000 uren theorie' schopt tegen de schenen van ongeveer elke onderwijskundige, maar de beste man heeft wel een punt. Als je ergens veel tijd in stopt en je bezit enig lerend vermogen, dan wordt je er vanzelf beter in. In mijn vroege jeugd kon ik zeker 100 verschillende dinosaurussen benoemen en identificeren. Een zeer handige vaardigheid mocht ik ooit terug in de tijd gestuurd worden. Daarbuiten verschrikkelijk nutteloos. Ik heb tot mijn spijt nog zeker geen 10.000 uur gestopt in gitaarspelen en ben er dus geen expert in – wat menig vriend van mij kan bevestigen.

Voor de snelle hoofdrekkenaars: 10.000 uur is slechts zes jaar lang 42 weken per jaar 40 uur per week. Dat heb ik ruimschoots in mijn studie gestopt, dus volgens de logica van Gladwell ben ik nu een expert op het gebied van geneeskunde. Ho, stop. Dat is zeker niet het geval. Het afsluiten van de geneeskundestudie is natuurlijk een mooie mijlpaal. Maar tot de dag van vandaag leer ik nog steeds nieuwe dingen. Tot gisteren had ik nog nooit gehoord van een levensbedreigende reactie op antipsychotische middelen, het maligne neuroleptica syndroom. En zo zijn er waarschijnlijk honderden, misschien wel duizenden ziektes waar ik nog nooit van gehoord heb. En dat is niet erg, zolang je maar niet pretendeert dat je het allemaal denkt te weten en je je blijft ontwikkelen.

Na de studie geneeskunde moet je verder leren. Daar moet je denken aan een meerjarenplan. Een chirurg kiest ervoor om nog zes jaar door te leren voordat hij geheel zelfstandig aan de slag mag. Een internist mag nog minimaal vijf jaar studeren voordat hij zonder zijn supervisor beslissingen mag nemen. Ook uw huisarts heeft na geneeskunde nog drie jaar doorgeleerd. En ook na afronden van de vervolgopleiding moeten alle artsen voldoende punten halen in bij- en nascholing.

Elke arts moet (mag?) leren tot zijn laatste snik. Ik kan niets mooiers verzinnen.

## Morgen ben ik dokter

Aan het begin van mijn coschappen heb ik mijzelf voorgenomen om de belofte van de witte jas waar te maken. Inmiddels ben ik heel wat ervaringen rijker en illusies armer. De kennis en kunde van de witte jas is niet onuitputtelijk. Het vertrouwen evenmin. Toch is er onopgemerkt behoorlijk wat veranderd. Langzaamaan is mijn rol van observerend naar uitvoerend gegaan. Mijn takenpakket en verantwoordelijkheden zijn stapje voor stapje uitgebreid. Inmiddels durf ik die verantwoordelijkheid ook steeds meer te nemen.

Op de spoedeisende hulp werk ik toevallig samen met een oude bekende. De arts-assistent die mij in de eerste paar weken van mijn coschap interne geneeskunde heeft begeleid, staat nu naast me. Hij in functie van de cardiologie, ik in functie voor de longziekten. We sparren over een patiënt. Net zoals we dat een jaar geleden ook deden, maar nu in een meer gelijkwaardige verhouding.

Het eindgesprek met de opleider is prettig. Een gesprek over de dingen die goed zijn gegaan is nooit vervelend om te voeren. Maar zoals een goede opleider betaamt zijn er altijd verbeterpunten. De volgende uitspraak wilde ik u niet onthouden.

'Het is een hele weg om een goede dokter te worden en uiteindelijk worden er maar weinig echt goed. Belangrijk is wat je met alle lessen, ervaringen en adviezen doet.'

Dat is een mooie gedachte om verder te gaan als jonge beroepsbeoefenaar. Morgen krijg ik op de universiteit mijn artsdiploma en studeer ik af. Samen met elf andere jonge dokters leg ik de artseneed af. Bij het ondertekenen van mijn diploma is het dan echt officieel. Het begint tot me door te dringen.

Morgen ben ik dokter.





# Nawoord

Ik vind het nog steeds een gek idee als ik mijn boekje bij mensen thuis zie liggen. Of als er iemand naar me toe komt om een handtekening te zetten in het boek. Ik zie mijzelf dan ook niet als schrijver, maar als een arts met een verhaal over zijn coschappen. Mijn redenen om te gaan schrijven heb ik in de inleiding toegelicht. De reden om het te publiceren niet. Daar is het, bij de herziene uitgave van het boek, misschien wel tijd voor.

De stap van blog naar het daadwerkelijk publiceren van een boek is een tijdrovende klus geweest. De stukjes moesten fors herschreven worden. Buiten de praktische obstakels van een vertaling van een blog naar een boek (het verwijzen naar externe bronnen gaat op het internet veel natuurlijker), moest er ook gesleuteld worden aan de vorm. Ik heb in deze periode opnieuw kennis gemaakt met allerlei concepten waar mijn docenten op de middelbare school jarenlang tevergeefs hun best voor hebben gedaan om het me bij te brengen. Er is een groot verschil tussen een stukje schrijven en iets schrijven wat voor anderen ook lekker leest. Ook qua medisch taalgebruik heb ik het een en ander moeten bijschaven zodat het ook voor de niet-medicus leesbaar blijft.

De keuze voor een pseudoniem is op advies van meerdere partijen. December 2012 stond in *Medisch Contact* een fantastisch stuk over artsen die (soms onder een pseudoniem) boeken hebben uitgegeven. Zeker in het verleden hebben deze artsen daar toch problemen mee gekregen. Het schrijven over de artsenstand werd vroeger ervaren als imagoschade. Inmiddels is de maatschappij wat gewend, maar het blijft een precair gebied. Ik heb een aantal stukjes laten lezen door de juristen van het ziekenhuis waar ik mijn opleiding gevolgd heb. Een aantal stukjes heb ik daarom aangepast. Alles om problemen te voorkomen.

De oplettende lezer merkt op dat ik nog steeds geen antwoord heb gegeven op de vraag waarom ik het gepubliceerd heb. Waarom zou ik al die tijd investeren en risico lopen door het publiceren van een boek?

“Gaat het echt zo?”, vroeg een eerstejaars student aan me toen ze een aantal stukjes gelezen had.

Ja, zo gaat het echt. Geen woord is gelogen. Er bestaat in de maatschappij een vertekend beeld van de coschappen en het leven in het ziekenhuis. Zeker in televisieseries zoals *House* en *Gray's Anatomy* is de werkelijkheid soms ver te zoeken. Veel medisch studenten beleven de start van hun coschappen als een cultuurschok. De overgang van theorie naar praktijk kan soms erg confronterend zijn. Er zit een verschil tussen hard studeren en meer dan 50 uur per week aan het werk onder stressvolle omstandigheden. Het oefenen van reanimeren op een dummy doe je lachend met je groepsgenoten, het reanimeren van iemand van vlees en bloed doe je met (angst)zweet op je voorhoofd.

Ik hoop dat mensen die dit boekje lezen een reëel beeld krijgen van de coschappen en de weg naar het 'dokter worden'. Daarbij richt ik me niet exclusief op de medisch studenten, maar ook zeker op ouders, familie en vrienden van hen. Mensen die op een andere manier betrokken zijn bij de zorg, misschien wel als patiënt, kunnen op deze manier, op veilige afstand, een kijkje nemen in de keuken.

En natuurlijk is het een mooi verhaal om te vertellen. Want dokter worden is prachtig.

*Tim Nieuwwater, april 2013*



Tim Nieuwwater (1985) studeerde geneeskunde in Amsterdam. De overgang van student geneeskunde naar jonge dokter ging zeker niet vanzelf. Lange dagen en hard werken. Alles om het vak in de vingers te krijgen. Soms aan

de hand genomen, soms in het diepe durven springen en jezelf zien te redden. Het is niet verwonderlijk dat deze periode bijzondere verhalen oplevert.

In *Morgen ben ik dokter* beschrijft hij zijn gedachten, twijfels en emoties over het bestaan als coassistent. Op humoristische wijze, soms met een kritische ondertoon, neemt Nieuwwater je mee in de dagelijkse praktijk van het 'leren dokteren'.

